

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

ET DU

CLOISONNEMENT DU VAGIN EN PARTICULIER

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1923

PAR

Justin-Louis-Joseph-Jacques AUSTRY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à FIGEAC (Lot), le 8 mars 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	Président.
		LAGRANGE, professeur.....	Juges.
		TEULIERES, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548615_0034

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 47

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX

ET DU

CLOISONNEMENT DU VAGIN EN PARTICULIER

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1923

PAR

Justin-Louis-Joseph-Jacques AUSTRY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à FIGEAC (Lot), le 8 mars 1897.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur....	Président.
		LAGRANGE, professeur.....	Juges.
		TEULIÈRES, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUCÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÉS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL H.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MA FEMME — A MON FILS

A MES FRÈRES ET SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL DE 1^{re} CLASSE LAFFORGUE

*Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Toulouse,
Directeur de l'Institut d'Hydrologie,
Médecin-Chef de l'Hôpital militaire,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Nous gardons le souvenir reconnaissant de
ses leçons lumineuses et substantielles.

A NOS MAÎTRES

DANS LES HÔPITAUX DE TOULOUSE ET DE BORDEAUX

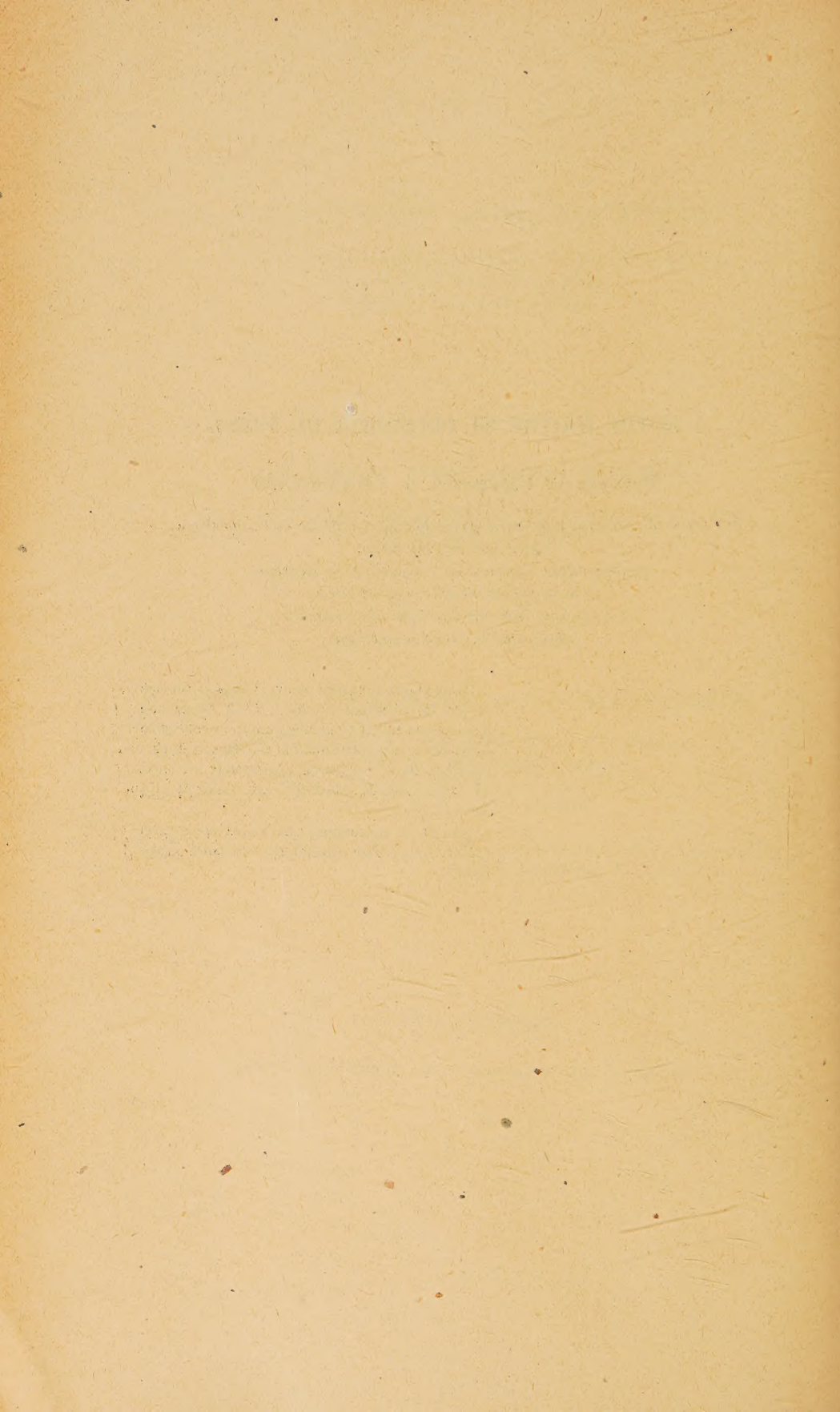
A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous avons toujours trouvé dans son service le plus bienveillant accueil... C'est en grande partie à son enseignement que nous devons notre initiation à la science difficile du diagnostic chirurgical. Nous lui sommes redevable du sujet de cette thèse et n'oublions pas toute la part qu'il y a prise.

Que M. le professeur Chavannaz reçoive ici même l'expression respectueuse de notre gratitude.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES PROLAPSUS GÉNITAUX
ET DU
CLOISONNEMENT DU VAGIN EN PARTICULIER

CHAPITRE PREMIER

LE PROLAPSUS GÉNITAL : SON MÉCANISME
LES MÉTHODES THÉRAPEUTIQUES MODERNES

« Le nombre des interventions imaginées contre le prolapsus, écrivait Dugoua dans sa thèse, en 1907, est la preuve de leur insuffisance. » De fait, il est peu de problèmes de gynécologie à la solution desquels se soit exercée davantage la sagacité des chirurgiens. A une affection mal connue jadis dans son mécanisme, il était difficile d'apporter un remède définitif : la thérapeutique est en cette matière étroitement liée à la pathogénie et l'orientation nouvelle que les chirurgiens modernes tendent à donner à leurs méthodes opératoires est fonction des lueurs que nous avons maintenant sur les causes réelles du prolapsus et ses étapes.

Ces quelques notions de pathogénie et de physiopathologie, il est indispensable d'en présenter un résumé succinct avant

d'entreprendre l'étude critique de l'une quelconque des méthodes thérapeutiques préconisées à l'heure actuelle contre le prolapsus — quelle qu'elle soit.

Il va donc s'agir de définir en premier lieu quels sont les éléments anatomiques chargés de la suspension et de la fixation de l'utérus. Sans entrer dans les discussions hors de propos sur la valeur comparative des ligaments utéro-sacrés et des ligaments ronds au point de vue de leur rôle dans la statique utérine, nous pouvons affirmer, à la suite de la plupart des chirurgiens modernes : « Les ligaments ne sont rien : le périnée et le vagin sont tout. »

Si l'utérus, en effet, sous l'effort qu'il supporte des pressions abdominales, reste malgré cela fixé en sa position normale sans manifester aucune tendance à pénétrer dans le vagin, canal, semble-t-il, tout disposé pour le recevoir, c'est grâce au périnée, grâce à l'intégrité de ses éléments musculaires, dont un des principaux rôles physiologiques est précisément d'accoler intimement les deux parois du vagin et de faire ainsi de cet organe une cavité virtuelle dans laquelle l'utérus ne saurait dès lors s'engager.

Ces éléments musculaires, quels sont-ils? Profondément le releveur de l'anus, et, en particulier, ses faisceaux pubo-rectaux qui, s'entre-croisant en arrière du vagin, lui forment une sangle véritable, et qui, par conséquent tendent, par leur contraction, à rapprocher la paroi postérieure de la paroi antérieure du conduit vaginal.

Sur un plan plus superficiel, les éléments partie fibreux, partie musculaires, du diaphragme uro-génital, particulièrement développés en arrière du vagin.

Enfin, en allant vers la peau, le corps périnéal (partie antérieure du sphincter anal transverse superficiel, constricteur de la vulve), « véritable coin musculaire entre la partie inférieure du rectum et la partie terminale du vagin qu'il soulève, et « reporte en avant. » (Hartmann, 44.)

Aussi, sous l'action antagoniste de la poussée diaphragmatique d'une part, de la tonicité ou de la contraction des éléments

périnéaux d'autre part, la paroi postérieure du vagin s'accôle sur toute sa surface à la paroi antérieure, réalisant ainsi une oblitération physiologique du vagin, d'autant plus parfaite que les pressions abdominales sont plus énergiques : la procidence génitale est impossible.

Imaginons maintenant des lésions périnéales. En fait, nous les rencontrons surtout à la suite d'accouchements nombreux et difficiles. Forgeue et Massabuau (32) ont très bien noté les étapes de ces altérations prédisposantes :

Pendant la gestation, ramollissement des voies génitales et du périnée.

Au moment de l'accouchement, lésions des muscles périnéaux, en particulier du releveur de l'anus au niveau de l'hiatus génitalis limité par les pubo-rectaux, c'est-à-dire par des éléments dont nous avons noté plus haut toute l'importance au point de vue de la statique utérine. Lésions de distension, de déchirures, d'effractions. En même temps, élongation des parois du canal génital. « Le vagin décolle et glisse sur la vessie ou le rectum. »

Après l'accouchement, involution défectueuse, surtout chez les neuro-arthritiques : « L'utérus demeure volumineux, alourdi, « allongé et hypertrophié, surtout dans sa portion cervicale, « au-dessus et au-dessous des insertions vaginales; les parois « vaginales restent trop amples et trop flasques; les muscles « et les aponévroses du plancher pelvi-périnéal sont insuffi- « sants; il y a trop d'étoffe pour trop peu de soutien. Ce sont « des femmes vouées à la ptose génitale... » (Forgeue et Massabuau, *ibid.*)

Et, de fait, voilà ce qui se passe : désormais, les forces antagonistes en présence ne parviennent plus à s'équilibrer. Soumise à l'action des pressions abdominales, la paroi antérieure du vagin « tendue, suivant l'expression de Bouilly (10), comme « un voile sans soutien », ne trouve plus de contre-appui dans la paroi postérieure mal soutenue, elle-même, par un périnée à tonicité très diminuée. Elle va donc glisser, entraînant avec elle la vessie. Ainsi se constituent colpocèle antérieure et cystocèle.

L'utérus lui-même est alors abaissé par suite de la traction exercée par le vagin sur le col qui s'hypertrophie et s'allonge.

Enfin, la paroi postérieure du vagin et le rectum sont entraînés dans cette ptose générale : le prolapsus génital est complet.

On constate alors que l'utérus sort à la vulve ou même pend entre les cuisses. Le col — le plus souvent étiré dans sa portion sus-vaginale — est gros et ulcéré autour de l'orifice externe. La cystocèle est considérable, la rectocèle habituelle. Le périnée a disparu.

Entre le premier degré du prolapsus constitué par la colpocèle antérieure et le prolapsus total, on le conçoit, tous les intermédiaires sont possibles.

Bien entendu, le chirurgien devra se préoccuper du degré du prolapsus qu'il a à traiter, la thérapeutique à instituer variant suivant les cas.

Le deuxième facteur qu'il devra faire entrer en ligne de compte sera l'état des organes génitaux dans leur ensemble.

Enfin, il devra se préoccuper de l'âge de sa malade, de son âge génital, en particulier (avant ou après la ménopause), et de son état général.

Tels sont les éléments du problème. Voyons maintenant en un résumé rapide les solutions que les chirurgiens proposent de lui donner.

Naturellement, nous n'avons pas l'intention de présenter ici un historique des méthodes — elles sont innombrables — imaginées pour traiter l'affection qui nous occupe depuis l'époque, lointaine et prémédicale, où les femmes atteintes de prolapsus avaient coutume, pour soutenir leur matrice, d'introduire une pomme ou une orange dans leur vagin. Nous comptons borner notre étude aux interventions jouissant de la faveur actuelle.

I. L'hystérectomie. — Il s'agit là évidemment d'une méthode insuffisante. Par elle, on aura remédié au prolapsus utérin, mais on n'aura aucunement agi sur le vagin, la vessie ou le rectum. Né l'oublions pas : c'est le vagin surtout qui est le coupable. L'utérus ne joue qu'un rôle secondaire.

C'est, de plus, une intervention grave. Dès 1897, le professeur Chavannaz (13) avait évalué la mortalité de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus à 10 %. Depuis, le pourcentage ne semble pas s'être abaissé, puisque c'est également le chiffre rapporté par le professeur Bégouin au récent congrès de chirurgie. Au premier abord, une mortalité aussi élevée paraît surprenante, surtout si on la compare à la bénignité relative de l'hystérectomie vaginale pour toute autre lésion. Mais il faut considérer les difficultés particulières de l'opération dans les cas qui nous occupent. Localement, le chirurgien se trouve en présence d'un tissu cellulaire péricervical, dur et œdématié, de lacis veineux abondants et dilatés. Il intervient dans une région où l'infection a souvent pénétré grâce aux ulcérations si fréquentes du col. Les hémorragies sont abondantes par suite de l'hyperémie anormale de l'utérus. D'autre part, les blessures de la vessie sont faciles — et d'autant plus graves que l'on s'adresse à des femmes présentant déjà une certaine distension de cet organe, prédisposées, localement et par leur âge, aux lésions rénales, femmes âgées, fréquemment obèses, à cœur gras, à sclérose viscérale plus ou moins marquée. Enfin, les complications pulmonaires sont loin d'être rares.

Bien entendu, l'hystérectomie abdominale — tout aussi inefficace, — est d'une gravité plus grande encore.

Méthode insuffisante et opération grave, l'hystérectomie est donc une intervention à rejeter. Elle ne sera de mise que dans les cas de lésions annexielles ou utérines concomitantes ou dans le cas d'utérus irréductible. Dans ces cas-là, d'ailleurs, l'hystérectomie n'aura guéri les malades que du seul prolapsus utérin, et le plus souvent il sera nécessaire, dans un second temps, de traiter par des méthodes appropriées les autres symptômes du prolapsus génital.

II. Hystéropexies et ligamentopexies. — Ces méthodes ont pour but de fixer l'utérus soit directement à la paroi abdominale (ventro-fixation), ou au vagin (vagino-fixation), soit indi-

rectement, par l'intermédiaire des ligaments ronds, larges ou sacrés que l'on fixe après les avoir raccourcis.

Dans les cas légers, de semblables procédés peuvent donner des résultats satisfaisants. Mais c'est surtout dans le cas, — rare d'ailleurs, — de prolapsus utérin primitif, isolé, chez une vierge ou une nullipare, que les « pexies » trouvent leur indication. Ici, en effet, le périnée est normal et il n'y a pas à intervenir par le bas. D'autre part, en haut, la paroi abdominale, musclée et résistante, permet une suspension satisfaisante de l'organe prolabé.

Dans la majorité des cas, ces procédés sont insuffisants. C'est qu'en effet, ils sont passibles du reproche adressé précédemment à l'hystérectomie : ils ne sont destinés qu'à maintenir l'utérus, et l'utérus seul. Dans l'hypothèse même où l'utérus fixé serait devenu incapable d'effectuer son mouvement de descente, le prolapsus génital reproduira malgré tout : le périnée déficient sera impuissant à contre-balancer l'action antagoniste des pressions abdominales et la traction du vagin sur le col sera tellement forte que, même si les ligaments résistent, le tissu utérin s'étirera au point de constituer cet allongement hypertrophique sus-vaginal classique, pouvant donner à la cavité utérine une longueur de 15 et même 20 centimètres.

Mêmes résultats insuffisants avec la trachélopexie rectimusculaire obtenue — après hystérectomie abdominale subtotale — par fixation du moignon du col entre les deux droits.

Pourtant, si ces méthodes sont insuffisantes, elles sont loin d'être inutiles, mais à titre complémentaire seulement. Dans les cas où il paraît indiqué de les utiliser, les chirurgiens modernes donnent la préférence, en matière de ligamentopexie, au procédé de Doléris (raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds avec fixation à la paroi).

Si l'on préfère pratiquer une hystéropexie, on fera une hystéropexie du corps chez les femmes ménopausées; chez les jeunes femmes, une hystéropexie isthmique, en vue des maternités possibles.

III. Méthode de Watkins-Wertheim-Schauta. — C'est l'inclusion intervésico-vaginale de l'utérus. Cette intervention, très en honneur en Amérique et dans les pays germaniques, a été moins souvent pratiquée par les chirurgiens français. Il est certain que le Wertheim-Schauta a donné un nombre considérable de succès aux opérateurs qui l'ont utilisé. Le professeur Bégouin cite le chiffre de 93 % au récent congrès de chirurgie. Mais il est difficile de tirer une conclusion de cette statistique, l'intervention étant pratiquée dans des conditions toute différentes suivant les auteurs. En Amérique, ou en Allemagne, on réserve le Wertheim-Schauta aux grands prolapsus. C'est précisément dans ces cas que les échecs sont le moins rares. Dans les prolapsus avancés, en effet, on a affaire à des ligaments utéro-sacrés très étirés, peu résistants, soutenant mal le col qui bascule. D'où récurrence.

D'autre part, l'intervention acquiert une gravité un peu plus marquée du fait de l'état local : « On comprend que la dissection et l'hémostase soient parfois pénibles dans l'œdème paramétrique concomitant, et l'infection facile, surtout si la métrite et le volume de l'utérus ont conduit à pratiquer des excisions cunéiformes du fond ou de la paroi antérieure, ou encore s'il existe de l'annexite ou des adhérences. » (Bégouin, 4).

Aussi, les complications susceptibles de se produire sont-elles innombrables : hématomes, gangrènes, suppurations, hémorragies secondaires, blessures de la vessie, cystites rebelles avec, parfois, retentissement rénal, aménorrhée, ou, plus souvent, métrorragies ne cédant qu'à la radiothérapie.

Enfin, — est-il besoin de le dire, — le Wertheim-Schauta, tout comme l'hystérectomie, condamne les malades à la stérilité, ce qui en contre-indique l'utilisation chez les femmes non ménopausées.

Pour toutes ces raisons, les chirurgiens français en ont considérablement restreint les indications opératoires : ils tendent à la réserver aux cas de prolapsus légers, avec grosse cystocèle et, le plus souvent, comme temps complémentaire d'une colpo-

périnéorrhaphie, encore que ce soit une opération bien compliquée pour n'être que complémentaire.

On le voit : aucune des méthodes que nous venons d'exposer jusqu'à présent n'est mauvaise en soi, et ne mérite d'être repoussée *a priori*. Mais ce sont des méthodes d'exception répondant à des indications spéciales, et qui ne sauraient convenir au traitement chirurgical des prolapsus les plus banalement rencontrés.

Le traitement de l'immense majorité des prolapsus doit être un traitement étiologique : les lésions causales portent sur le périnée et sur le vagin ; le traitement rationnel devra s'adresser au périnée ou au vagin, souvent aux deux.

Mais, ici, une distinction s'impose. S'agit-il d'une femme jeune encore, loin de la ménopause, demandant à vivre sa vie sexuelle normale jusqu'à son terme naturel ? A celle-là conviendront les opérations plastiques portant surtout sur le périnée. Certes, on pourra réduire l'étoffe de son vagin, devenue trop ample et trop flasque. Mais, là, devront se borner les interventions vaginales. Ici, une colpopérinéorrhaphie paraît être l'intervention de choix, et la presque unanimité des chirurgiens s'est faite sur cette question depuis que Bouilly et Richelot, au congrès français de chirurgie de 1896, en ont posé les indications et décrit magistralement les temps opératoires.

Inversement, s'agit-il d'une femme âgée, à vie génitale depuis longtemps terminée, à utérus atrophié, à musculature périnéale presque entièrement disparue ? Chercherons-nous à refaire un périnée ? Mais l'étoffe va nous manquer pour une semblable intervention : possible, utile même, comme opération complémentaire, la périnéorrhaphie ne saurait être dans ce cas le procédé idéal. C'est aux interventions sur le vagin que nous devons donner la préférence : ici, deux méthodes sont en présence :

La colpectomie totale ;

Le cloisonnement du vagin.

IV. La triple opération ou méthode française. — Particulièrement décrite, avons-nous dit, par Bouilly et Richelot, qui

s'en sont faits les promoteurs au congrès de chirurgie de 1896, cette intervention comporte les temps suivants :

Colpopérinéorrhaphie;

Colporraphie antérieure;

Hystéropexie.

A titre complémentaire, on peut y adjoindre l'amputation du col et le curettage. Egalement, la myorraphie des releveurs (Duval et Proust, 1902). Dans les cas de cystocèle particulièrement marquée, Delanglade conseille la myorraphie antérieure des releveurs. Si même la myorraphie antérieure est impossible, Abadie pratique le Wertheim-Schauta.

« A la fin de l'opération, le périnée doit être haut, épais, « résistant; il faut que la partie inférieure du vagin, soulevée « par le coin que forme le corps périnéal reconstitué, ait repris « sa direction oblique en bas et en arrière, que les parois soient « accolées et que le col utérin ait repris sa place à 7, 8, 9 centimètres de la vulve. » (Bégouin, 4).

Cette intervention est évidemment l'intervention idéale, puisqu'elle remédie aux causes mêmes du prolapsus. Par elle, en effet, le périnée est reconstitué, le vagin est rétréci, les rétrodéviations détruites, et, par conséquent, la continuité des axes du vagin et de l'utérus supprimée.

Aussi, chez la jeune femme, les résultats sont-ils excellents dans l'immense majorité des cas.

Il n'en est plus de même chez la femme âgée, au prolapsus de laquelle on portera un remède par des méthodes intéressant plus exclusivement le vagin, et plus radicales.

V. La colpectomie totale. — C'est la suppression du vagin par avivement et suture de ses parois.

On l'associa tout d'abord à l'hystérectomie. La première colpo-hystérectomie fut pratiquée par Fritsch en 1889.

Cette intervention lui ayant donné une mort, Chaput, en 1894, lui substitua la colpectomie subtotalaire qu'il pratiquait en respectant une petite collerette vaginale. Il la combinait à l'amputation élevée du col.

Muller, considérant comme Chaput que la suppression du

vagin était le seul temps utile de l'opération, abandonna l'hystérectomie et borna son intervention à la seule colpectomie totale, mais après avoir refoulé l'utérus dans la profondeur et en avoir pratiqué l'exclusion.

Par un semblable procédé, vessie et rectum étaient intimement accolés l'un à l'autre, sans aucune tendance à se séparer. Il subsistait un vagin de 2 à 3 centimètres.

En 1898, Wormser modifia légèrement le procédé de Muller : par un tracé un peu différent de ses incisions et par des avivements moins étendus, il laissait subsister en fin d'opération un vagin de 5 à 7 centimètres.

En 1906, enfin, cette méthode fut reprise par M. Savariaud, qui la compléta par la périnéorrhaphie et qui s'en fit le défenseur au récent congrès de chirurgie.

Il la préfère notamment au cloisonnement du vagin par lequel, à l'entendre, on obtiendrait des résultats moins sûrs au point de vue de la durée. De plus, l'intervention qu'il préconise permettrait un coût discret, ce qui est rendu impossible à la suite d'un cloisonnement pratiqué suivant les directives modernes.

Quel que soit l'intérêt de semblables arguments, ils ne nous paraissent pas susceptibles de pouvoir être mis en balance avec l'objection beaucoup plus grave qu'oppose aux colpectomies totales le professeur Bégouin (4) : « On répugne à abandonner dans les profondeurs du pelvis un utérus désormais « sans communication avec l'extérieur. Bien que sénile et « atrophie, cet utérus peut encore sécréter, et si, par hasard, « il devient cancéreux, quel signe pourra prévenir pour permettre d'agir à temps. » Evidemment, Savariaud pratique parfois l'amputation élevée du col. Mais alors, il le reconnaît lui-même, la gravité opératoire est, de ce fait, considérablement augmentée.

Que si, par prudence et pour ménager à l'utérus une communication avec l'extérieur, on se borne à pratiquer une colpectomie subtotale, en laissant au-dessous du col et de chaque côté deux petits canaux pour les sécrétions utérines éventuelles, on ne fait pas autre chose que cloisonner le vagin.

CHAPITRE II

LA METHODE LE FORT. LES METHODES DERIVEES

Certains auteurs refusent à Le Fort le mérite d'avoir imaginé le procédé du cloisonnement, tel qu'il le présenta en 1877 à la Société de chirurgie de Paris.

Il est incontestable que, bien avant lui, dès 1823, un chirurgien de Metz, Romain Girardin, avait eu l'idée de traiter le prolapsus par une suture médiane des parois antérieure et postérieure du vagin, qu'il transformait ainsi en deux conduits séparés, ne permettant plus aussi facilement la chute de l'utérus.

Ce procédé avait été utilisé plus tard, en 1867, par Neugebauer, de Varsovie, et décrit par lui sous le nom d'*élytrotorraphia mediana sive elytrocleisis partialis mediana*. De 1867 à 1880, Neugebauer pratiqua cette intervention chez onze malades, avec dix succès complets.

Peut-on dire que cette méthode fut reprise en 1877 par Le Fort? D'abord, il semble bien que les expériences antérieures que nous venons de signaler aient été totalement ignorées du chirurgien de Beaujon, et qu'il ait inventé réellement une méthode déjà utilisée avant lui, sans qu'il le sût.

Mais, — ce qui est plus important, — c'est qu'il existe une différence fondamentale entre la technique de Le Fort et celle de Neugebauer. Ce dernier, en effet, avivait les parois du vagin, une fois l'utérus réduit. Il opérait dans le fond de la cavité vaginale et se heurtait, de ce fait, à de très grosses difficultés opératoires : nous verrons qu'il en est tout autrement dans le procédé de Le Fort.

En somme, la méthode de Neugebauer ne différait que fort peu des méthodes en honneur à cette époque.

Quelles étaient, en effet, les tendances thérapeutiques d'alors en matière de prolapsus génital?

Déjà, les méthodes non sanglantes, les méthodes orthopédiques (ceintures abdominales, pessaires, hystérophores) étaient sérieusement battues en brèche. On leur reprochait avec beaucoup de raison de nécessiter des soins d'entretien minutieux, que les femmes négligeaient le plus souvent, et partant d'être la source d'inflammations locales chroniques susceptibles d'acquiescer parfois une certaine gravité. Avec beaucoup plus de raison encore, on aurait pu leur reprocher leur inefficacité dans les buts mêmes en vue desquels on les utilisait. Mais n'avait-on pas les mêmes résultats médiocres avec les méthodes opératoires, et n'était-on pas souvent obligé, en désespoir de cause, d'en revenir aux pessaires à la suite de l'échec de l'intervention tentée?

En matière d'interventions sanglantes, les opérations portant sur la vulve et les opérations portant sur le vagin se disputaient les préférences des chirurgiens.

Parmi les méthodes portant sur le vagin, il y avait le procédé de Jobert, consistant à pratiquer sur la paroi antérieure du vagin, à quatre centimètres de distance, deux avivements transversaux qu'on affrontait et qu'on suturait. Ce procédé fut repris plus tard par le professeur Lanelongue, de Bordeaux, sous le nom de colposyntomie.

Le procédé de Sims, basé sur le même principe, l'avivement étant en forme de V, à sommet placé près du méat.

Par contre, Fricke, pour maintenir l'utérus procident, proposait de suturer les bords de l'orifice vulvaire. Backer Brown reprit cette méthode et la compléta en faisant porter l'avivement jusque sur la fourchette et le périnée.

Küchler, lui, avivait et suturait la face interne des grandes lèvres, faisant remonter l'avivement jusqu'au niveau de l'urèthre.

Le procédé de Anger était analogue. Mais l'opération ne portait que sur l'orifice du vagin, et respectait complètement l'orifice des grandes lèvres.

Toutes ces interventions, heureuses souvent en leurs résultats immédiats, ne parvenaient pas à subir victorieusement l'épreuve redoutable de la durée. Les chirurgiens de l'époque le reconnaissent : au bout de quelque temps, le prolapsus se manifestait de nouveau, et il fallait en revenir aux pessaires et aux ceintures.

A la lumière de tant d'échecs, Le Fort reprit minutieusement l'étude des étapes, en quelque sorte, du prolapsus. Il montra que le premier stade en était constitué par colpocèle antérieure et cystocèle.

« C'est comme entraîné, dit-il dans sa communication faite à la Société de chirurgie du 14 février 1877, par le prolapsus de la cloison vésico-vaginale que l'utérus finit par arriver à la vulve et hors de la vulve; ce qui sort d'abord, c'est la partie de la muqueuse vaginale la plus rapprochée de la vulve, le reste suit comme par une sorte de déplissement. Le même effet se produit sur la paroi postérieure, de telle façon qu'au fur et à mesure que l'utérus descend, les parties de la paroi antérieure et de la paroi postérieure du vagin en contact médial, ou du moins en rapport lorsque le vagin est à l'état normal, s'écartent de plus en plus l'une de l'autre pour laisser passer les parties les plus profondes du vagin et enfin de l'utérus.

« Les retenir en rapports, les empêcher de s'écarter pour se porter l'une en avant, l'autre en arrière, c'est s'opposer à tout prolapsus. Ce que j'ai donc cherché, c'est à rendre ce contact permanent, intime, en avivant au même niveau les parois antérieure et postérieure du vagin, et en les réunissant par la suture.

« Suturer ainsi ces parois sur une certaine hauteur, c'était cloisonner le vagin... »

Ce cloisonnement fut tenté pour la première fois par Le Fort chez une femme de 48 ans, blanchisseuse, atteinte d'un pro-

lapsus complet de l'utérus qui paraissait remonter à six mois seulement.

Voici la technique opératoire qui fut utilisée, décrite par l'auteur lui-même :

« L'utérus étant tout à fait hors de la vulve, je fis d'abord
« sur la paroi antérieure, puis sur la paroi postérieure du va-
« gin, deux avivements de 6 centimètres environ de longueur
« sur 2 de largeur, portant sur la partie la plus rapprochée
« de la vulve; cela fait, je réduisis l'utérus assez pour mettre
« en rapport les extrémités de ces deux surfaces d'avivement
« dans leur partie la plus rapprochée de l'utérus et j'appli-
« quai sur ce bord transversal trois points de suture; puis, de
« proche en proche, et réduisant au fur et à mesure l'utérus, je
« suturai les bords latéraux correspondants, passant le fil de la
« plaie faite à la paroi vésico-vaginale à la plaie faite à la pa-
« roi vagino-rectale. La réduction de l'utérus devenait ainsi
« de plus en plus complète et, quand les deux bords des surfa-
« ces avivées furent suturées, la réduction était complète. On
« comprend toutefois que, dans ce procédé comme dans celui de
« Sims, de Panas, les fils ayant servi à la suture sont difficile-
« ment accessibles lorsque, après quelques jours, la réunion
« s'est effectuée. Prévoyant cela, je laissai aux fils une assez
« grande longueur dans leur partie tordue afin de les saisir
« facilement lorsqu'ils seraient devenus libres par la section
« des parties embrassées par leur anse.

« Les suites opératoires furent très simples, et la guérison se
« fit très normalement. Le résultat fut complet, l'utérus était
« parfaitement maintenu et, lorsqu'après avoir fait accroupir
« la malade, on la faisait tousser ou faire des efforts, rien ne
« paraissait avoir de la tendance à sortir de la vulve... »

Cette communication fut accueillie par les membres de la société de chirurgie avec assez peu d'enthousiasme. On fit à Le Fort mille objections dont beaucoup, — hâtons-nous de le dire, — n'étaient guère fondées. Pourtant, Tillaux manifesta qu'il n'avait guère confiance dans un procédé transformant le

vagin en deux conduits, dont l'un pouvait s'agrandir et livrer passage à l'utérus. De fait, ce fut là une des causes d'insuccès parmi les cloisonnements suivis d'échecs qui furent signalés par la suite. Beaucoup plus justement on reprocha à Le Fort d'avoir présenté son observation trop hâtivement, et sans que son procédé ait pu subir la consécration de la durée, indispensable en matière de prolapsus. Dans l'ensemble, la plupart des chirurgiens témoignèrent d'une assez grande incrédulité concernant la valeur de la méthode, et surtout la persistance des résultats opératoires obtenus.

Pourtant, tel qu'il avait été imaginé par Le Fort, le procédé se présentait, semble-t-il, comme très séduisant. Déduit des données étiologiques mêmes du prolapsus, ne paraissait-il pas susceptible d'en interdire les premiers accidents, cause de tous les autres, à savoir : la chute des parois vaginales ?

Au point de vue pratique, il se recommandait par la simplicité de son exécution, et la bénignité des suites opératoires. Sous ce rapport-là, il s'opposait très heureusement aux interventions pratiquées dans le fond du vagin, après réduction préalable de l'utérus, telles que les préconisaient alors Sims, Panas et Emmet. De même, il semblait devoir être préféré aux procédés de Küchler et Anger, qui rendaient impossible tout rapprochement sexuel. En résumé, il s'agissait là d'une méthode logique, simple, sûre, susceptible d'être facilement acceptée des malades. Elle méritait au moins d'être prise en considération. Mais une longue suite d'insuccès opératoires avaient rendu les chirurgiens d'alors profondément sceptiques en matière de prolapsus : « En matière de prolapsus, disait Tillaux, toute intervention échoue au point de vue de la durée. » Ainsi, pensait-on, en serait-il de même de l'opération de Le Fort : on n'y crut pas.

Néanmoins la méthode fut reprise, et dans l'année même. Ce fut un chirurgien d'Alexandrie, Zancarol, qui, le premier après Le Fort, pratiqua le cloisonnement. Quelques mois plus tard, il compléta cette première intervention par une périnéor-

raphie. Or, il advint que sa malade, atteinte de tuberculose pulmonaire et laryngée mourut vingt-sept mois après. A l'autopsie, on put constater dans le vagin l'existence d'une cloison solide s'opposant à la sortie de l'utérus. C'était là un succès encourageant pour la méthode nouvelle.

L'année suivante, Hicquet, de Liège, Duplay, Panas, reprennent le procédé.

Mais, déjà, ces chirurgiens proposent des modifications à la technique primitive. S'élevant contre l'usage des fils métalliques dont le long séjour dans le vagin exposerait à l'inflammation de ce conduit, ils proposent de leur substituer le catgut ou les fils de soie, au moins pour les sutures profondes.

Il est à remarquer que, dès cette époque, Duplay et Panas pressentent l'inconvénient qu'il y aura à permettre le coït aux femmes ainsi opérées, et, comme conséquence, la nécessité où se trouveront les chirurgiens de réserver le cloisonnement aux femmes ayant passé l'âge des plaisirs sexuels.

Pourtant, cette doctrine, qui a rallié l'opinion de tous les auteurs modernes, ne fut pas acceptée. La principale préoccupation des chirurgiens d'alors fut précisément de résoudre ce problème à deux données contradictoires : faire une cloison suffisante pour s'opposer au prolapsus; laisser des vagins latéraux suffisants pour permettre le coït.

« Plus l'avivement aura de largeur, écrivait Brunet (12), en 1883, plus facilement aussi la réunion des surfaces avivées et adossées se produira et plus certainement aussi, l'utérus sera maintenu. La cloison en sera plus forte et, d'autre part, les gouttières vaginales en seront plus étroites, et le col de l'utérus aura encore moins de chances de s'y engager. D'où il résulte qu'au point de vue de la cure du prolapsus lui-même, l'avivement devrait être le plus large possible. Seulement, il importe que le chirurgien n'oublie pas que, bien qu'il veuille remédier au prolapsus, il a aussi à sauvegarder les fonctions du vagin, fonctions auxquelles un avivement trop large pourrait porter de sérieuses atteintes. »

Aussi, faisait-on des interventions trop économiques. Evi-

demment, l'on obtenait des succès, mais seulement quand les opérées se trouvaient dans des conditions parfaites de calme après l'intervention. Ainsi, Hicquet eut-il un échec chez une hystérique : la récive se produisit à la deuxième crise qui suivit le cloisonnement (Obs. II).

Faucon (1880), de Lille, ayant eu, pour des motifs analogues, deux insuccès, renonça au « précepte de l'avivement linéaire » et recommanda de donner à la surface cruentée au moins 2 centimètres de largeur, en ajoutant qu'on peut, sans difficultés, dépasser cette mesure chez les femmes qui ne sont plus susceptibles de devenir grosses.

En 1882, Eustache, de Lille également, considéra qu'il fallait aller plus loin encore. Pour lui, la longueur de l'avivement devait être aussi considérable que possible, partir des limites du col, et s'étendre en bas jusqu'à la commissure du périnée, de façon à avoir une cloison médiane sur toute la hauteur du vagin. La largeur de l'avivement devait être de 4 centimètres au moins.

Cette technique d'Eustache, c'est déjà en substance tout le cloisonnement élargi du vagin.

Il fut amené à modifier ainsi la technique primitivement décrite par Le Fort à la suite de deux récidives survenues chez une de ses malades, à laquelle avaient été faits deux cloisonnements par « avivement linéaire ». Ayant tenté une troisième opération par sa propre méthode, il obtint un résultat parfait (Obs. III).

Pourtant, la méthode franchissait les frontières.

En 1881, Fanny Bertin (6), publiait trois succès.

En 1883, Dubois, de Bruxelles, faisait connaître le résultat de neuf cloisonnements pratiqués suivant une technique très voisine de celle de Le Fort, et suivis de huit succès. Il insistait sur les précautions qu'il prenait pour sauvegarder les fonctions sexuelles des malades — ce qui était réalisé grâce à la persistance après l'opération de deux canaux suffisamment calibrés de chaque côté de la cloison : « C'est, disait-il, affaire de quelques jours de patience, et le nouvel hymen, contrairement

« à l'autre, plie et ne rompt pas. » Et il citait à l'appui de ses dires, le cas d'une de ses opérées chez laquelle il avait pratiqué un cloisonnement, et qui n'avait pas cessé, malgré cela, de mener ce qu'elle appelait « la vie de famille ».

En 1889, Taft (71), publiait une longue étude sur la question, dans laquelle il résumait les idées de Gaillard Thomas, Winkkel, Anna Broomel, Mary Schmitt, Elisa Cushes, Mary Allen, et de laquelle il concluait, à l'inverse des auteurs français, que le cloisonnement devait être réservé aux seules femmes ménopausées.

D'ailleurs, en France, la question commençait à être le sujet des plus vives controverses. L'antinomie entre la nécessité d'opposer une barrière suffisante au col utérin et le désir de sauvegarder les fonctions sexuelles apparaissait de plus en plus irréductible et donner des armes aux adversaires de la méthode.

Malgré les succès très réels obtenus par le procédé de Le Fort, la plupart des auteurs ne pouvaient s'empêcher de lui trouver de très sérieux inconvénients dans le traitement du prolapsus des jeunes femmes.

Bien que, dans quelques cas, le coït ait pu continuer à être pratiqué régulièrement et sans difficulté, le plus souvent cette fonction était supprimée, restait sans effet, ou tendait à détruire l'intervention chirurgicale.

Evidemment, dans l'hypothèse d'une fécondation ultérieure, l'accouchement était toujours possible par section du tissu cicatriciel. Mais on reprochait à la plaie ainsi faite de pouvoir servir de porte d'entrée à l'infection.

Que si, d'ailleurs, on voulait avant tout permettre l'accomplissement normal du coït, on était obligé d'en revenir à ces opérations parcimonieuses condamnées par Duplay, Panas, Faucon et surtout Eustache et, par conséquent, de s'exposer à des récidives fréquentes. On citait les insuccès survenus entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés (deux insuccès de Le Fort, deux de Faucon, un d'Eustache, un de Dubois). Egalement, les cas où le succès n'avait pu être obtenu qu'après

opération itérative (deux cas de Le Fort, un cas de Hicquet, un cas d'Eustache, un cas de Dubois).

Si nous ajoutons enfin qu'on était à l'époque où les opérations conservatrices portant sur le périnée et le vagin commençaient à donner de très nombreux succès sans rien supprimer des fonctions génitales, on comprendra aisément que la méthode de Le Fort ait été rapidement critiquée, décriée et, finalement, abandonnée.

Au Congrès français de chirurgie de 1896, dans les rapports ou communications nombreuses faits sur le traitement du prolapsus, on ne fait même pas mention du cloisonnement du vagin ou l'on n'en parle que pour le condamner : Routier, ancien chef de clinique de Le Fort, relate le cas d'une malade qui, opérée par le procédé de son maître, résorba sa cicatrice. Richelot le repousse également. Et, la même année, Parisot (56) se croyait en droit d'écrire : « Quant au cloisonnement du vagin, on peut le passer sous silence; il ne compte que des échecs et est, d'ailleurs, abandonné ».

Dans le silence qu'on faisait alors autour de cette méthode, c'est le très grand mérite de l'Ecole bordelaise de l'avoir sauvée de l'oubli où elle serait sans doute tombée après tant d'autres. Ici, trois noms sont à citer : ce sont les noms des professeurs Lanelongue, Dubourg, Chavannaz.

Le docteur Dubourg, par une méthode un peu différente de celle de Le Fort, et dont la principale originalité était de tailler deux lambeaux inégaux dans leur longueur, pratique un certain nombre de cloisonnements, le plus souvent avec un résultat opératoire excellent (V. obs. VII).

De même, les docteurs Dudon et Courtin, de Bordeaux également.

Le professeur Lanelongue utilise le cloisonnement du vagin dans le traitement des prolapsus dès 1886. Il cherche à résoudre le problème auquel s'était exercée en vain la sagacité de tant de chirurgiens : faire une cloison solide, sans supprimer les fonctions sexuelles. Persuadé que la surface du cloisonnement dans le procédé de Le Fort était insuffisante comme largeur et trop

étendue comme longueur, il décide de ne faire porter l'avivement que sur la partie supérieure du vagin, de façon à ce que la partie inférieure du conduit restât libre sur une longueur de quelques centimètres, et de lui donner une largeur suffisante pour ne pas craindre que le col utérin s'engage dans un des conduits latéraux. Dans ce but, il donne à la surface à aviver la forme trapézoïde, la base étant située près du col, le sommet du côté de la vulve.

Cette méthode, très élégante en son principe, ne donna néanmoins qu'un demi-succès entre les mains de son auteur (Obs. VI). Il persista un certain degré de colpocèle antérieure et de cystocèle auxquelles furent dues en très grande partie les complications qui survinrent du côté de la vessie et des reins de la malade.

A la lumière de résultats aussi divers, en 1895, M. le professeur Chavannaz reprit la méthode du cloisonnement, dont il devait se faire le champion persévérant. Il en modifia la technique, ainsi que nous l'indiquerons plus loin. Surtout, il posa en principe l'impossibilité d'assurer une barrière suffisante au prolapsus, si l'on veut en même temps conserver le libre jeu des fonctions sexuelles. Il réserva donc le cloisonnement aux seules femmes âgées. Mais il montra, par contre, que, chez de telles malades, surtout associé à la réfection du périnée, le cloisonnement était l'intervention de choix dans le traitement du prolapsus.

Dès 1897, il pouvait relater (13) deux succès opératoires persistants, l'un au bout de 26 mois, l'autre au bout de 14.

En 1909, M. le professeur Chavannaz publiait (14) une statistique de dix cas avec dix succès éloignés.

Mais déjà la vieille opération de Le Fort, ainsi transformée, ainsi élargie, s'imposait de nouveau à l'attention des chirurgiens.

A Paris, J.-L. Faure et Hartmann; à Marseille, Mangin, l'utilisent avec les plus heureux résultats. Dès 1910, elle est reprise, à Bucarest, par le professeur Juvara; en 1911, à Dijon, par le professeur Leclerc; en 1912, au Creusot, par les docteurs

Combier et Murard. A l'étranger, Wyatt (79) publie une statistique qui ne comprend que des succès. De même Trossen, en 1917; Berkeley et Donney, en 1920; Krull, en 1922.

A Lyon, Cotte et Greyssel s'en font les ardents protagonistes. En 1923, Petit-Dutaillis en décrit la technique dans la *Gynécologie*, et Pauchet dans sa *Pratique chirurgicale illustrée*.

Enfin, cette année même, le Congrès français de chirurgie, malgré les efforts de Savariaud, qui lui préfère la colpectomie totale, consacre l'excellence de cette méthode, et, faisant confiance aux conclusions du rapport si documenté et si lumineux du professeur Bégouin, donne réellement droit de cité dans la science médicale moderne au « Cloisonnement élargi du vagin ».

CHAPITRE III

LE CLOISONNEMENT ELARGI DU VAGIN SA TECHNIQUE

Cette méthode est presque exclusivement réservée au traitement des prolapsus totaux chez la femme âgée. Le plus souvent, ces malades — soit qu'elles aient porté un pessaire, soit qu'ayant abandonné leur prolapsus à lui-même, leur utérus ait fait un séjour plus ou moins prolongé hors de leurs voies génitales, pendant entre leurs cuisses — se présentent avec de la vaginite, parfois de la métrite, en tout cas, avec des ulcérations dans le voisinage du col. D'où la nécessité de soins pré-opératoires, pouvant demander plusieurs semaines.

Soins pré-opératoires. — La malade gardera le lit. Le prolapsus sera réduit.

Des injections antiseptiques sont indispensables pour guérir la vaginite et la métrite concomitantes.

En principe, on attendra, pour intervenir, la disparition des lésions locales. Que si, pour des raisons quelconques, on voulait opérer avant la cicatrisation complète du vagin, il faudrait, au moment de l'intervention, exciser l'ulcération qui pourrait préparer le terrain au cancer (complication rare, il est vrai), et infecter les sutures vaginales.

Au moment de l'intervention, l'intestin doit être complètement vide. Pour cela on peut purger la malade l'avant-veille et lui donner un lavement évacuateur la veille.

La vulve doit être rasée et nettoyée. La vessie doit être évacuée au moment où l'on se dispose à opérer.

Anesthésie. — Les avis sont très partagés concernant le meilleur mode d'anesthésie :

Anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther;

Rachi-anesthésie;

Ou anesthésie locale.

En somme, il s'agit là d'une intervention bénigne, où la nature de l'anesthésique utilisé, pas plus que son mode d'administration, ne paraissent avoir une importance capitale en ce qui concerne les suites opératoires.

M. le professeur Chavannaz est resté fidèle à l'anesthésie chloroformique. Le professeur Juvara utilise tantôt l'anesthésie générale, tantôt la rachi-anesthésie, et Pauchet, tantôt la rachi-anesthésie, tantôt l'anesthésie sous muqueuse. Jayle, au dernier Congrès de chirurgie, a conseillé, chez les femmes très âgées, d'avoir recours à la méthode de Ravaut, qui consiste à injecter une goutte et demie de novocaïne à 40 % dans le cul-de-sac méningé, autour des nerfs de la queue de cheval. On obtient une anesthésie immédiate de la ligne médiane vaginale et des régions voisines.

La plupart des auteurs pratiquent systématiquement l'anesthésie par voie rachidienne. Au préalable, ils injectent à leur malade un centigramme de morphine et un centicube de strychnal. Six centigrammes de novocaïne permettent d'obtenir une durée d'anesthésie largement suffisante, étant donnée la faible durée de l'opération — pendant laquelle Cotte et Creyssel conseillent de pratiquer une injection lente de 200 à 250 cc. de sérum artificiel sous la peau, de manière à diminuer les malaises consécutifs à l'anesthésie rachidienne.

Instrumentation. — On préparera (Juvara, 48) :

Des bistouris;

Des ciseaux droits et courbes;

Des pinces hémostatiques;

Des pinces à disséquer;

Des pinces à dents;

Des pinces à col;

Une douzaine d'aiguilles chirurgicales courbes et moyennes;
Un porte-aiguilles;
Du fil moyen et du catgut 0.

Position de la malade. — La malade est mise dans la position dorso-sacrée, les fesses dépassant largement le bord de la table. Les cuisses sont fléchies et suffisamment écartées; les jambes également fléchies, sont enveloppées dans des bottes de flanelle et les pieds sont fixés dans des étriers.

L'Intervention. — La vulve et la peau des régions avoisinantes sont désinfectées par les procédés habituels. Le champ opératoire est limité, soit avec un grand champ opératoire stérilisé, percé d'un trou central, soit avec des compresses stérilisées que maintiennent en place de petites pinces à griffes.

Le col est saisi avec une pince et l'utérus est tiré le plus possible hors de la vulve. Le chirurgien, muni d'un tampon imbibé d'éther nettoie soigneusement toute la surface du vagin. Il introduit dans l'utérus un tampon imbibé de teinture d'iode; s'il existe encore une ulcération, celle-ci est vigoureusement frottée à l'éther et touchée à l'iode. Si l'ulcération est trop importante, il faut l'exciser au bistouri et arrêter l'hémorragie par tamponnement.

1° Taille des lambeaux. — Le but du chirurgien est celui-ci : tailler deux lambeaux rectangulaires, d'égale longueur, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure du vagin, affronter les surfaces cruentées et les suturer l'une à l'autre de façon à fermer le vagin, tout en laissant à droite et à gauche une bande de vagin muqueux d'à peu près 1 centimètre.

Krull, en Allemagne, préconise la dissection de lambeaux vaginaux en forme d'ogive. Un pareil procédé n'a pas prévalu.

Suivant la technique proposée par le professeur Chavannaz (14) et qui semble avoir été adoptée par les professeurs J.-L. Faure (29) et Bégouin (4), la longueur que l'on donnera à l'avivement sera de 7 centimètres sur 5 de large et s'étendra ainsi de 2 centimètres de l'orifice du col à 3 centimètres du méat environ.

Les lambeaux doivent être disséqués de très près, les interstices vésico-vaginal et recto-vaginal, de clivage si facile chez les femmes en pleine période d'activité génitale, n'existant plus chez les vieilles du fait de la sclérose.

On commence généralement par l'avivement de la paroi antérieure : le col est basculé en arrière et fixé dans cette position par l'aide tirant sur la pince, ou par le seul poids de l'instrument. Le lambeau est alors délimité par deux incisions transversales dont les extrémités sont réunies par deux autres, longitudinales. Ces incisions superficielles ne doivent intéresser que la muqueuse.

On commence alors la dissection par un des angles du lambeau muqueux. Le petit lambeau ainsi taillé « est saisi par une pince hémostatique et tendu sur le bord de l'index gauche sur le relief duquel la lame du couteau glisse et coupe par des mouvements de scie, dans l'épaisseur de la muqueuse. Le doigt apprécie l'épaisseur qui le sépare du bistouri et dirige ainsi son action. » (Juvara. *Ibid.*).

Si la dissection est bien faite, la plaie ne saigne que très peu, en nappe.

La surface ainsi avivée étant recouverte d'une compresse stérilisée, le col est basculé en avant, sur le pubis, et fixé dans cette position par l'aide. « La paroi vaginale postérieure apparaît plicaturée et profondément déprimée en cul-de-sac. » (Juvara, *Ibid.*). On délimite, par des incisions transversales et longitudinales, une surface identique à celle déjà disséquée sur la paroi antérieure.

« Les incisions antéro-postérieures sont assez délicates à tracer, à cause de la mobilité et de la dépression profonde que forme la paroi vaginale, difficile à fixer et à tendre au-devant du bistouri. »

On dissèque du col vers la vulve, en saisissant le bord muqueux avec une pince et en tendant la muqueuse comme tout à l'heure sur le bord et la pulpe du doigt que la lame du bistouri suit de près.

L'avivement de la paroi vaginale postérieure est plus diffi-

cile que celui de la paroi antérieure, car, de ce côté, le bistouri quitte facilement la muqueuse pour s'égarer dans la couche sous-muqueuse et musculaire et peut sectionner des vaisseaux qui saignent assez fortement. Au niveau de la vulve, la dissection devient plus facile, car le plan musculaire est ferme, et la muqueuse, très fine de ce côté, se décolle d'elle-même.

Il peut arriver que le cul-de-sac de Douglas soit ouvert, il faut le refermer. Cet accident — si redouté autrefois des chirurgiens — ne présente aucune importance.

2° *Sutures*. — On se servira, soit d'une aiguille de Reverdin courbe, soit d'une aiguille à main. D'après la technique préconisée par le professeur Chavannaz (14), il semble préférable, au lieu de pousser transversalement les fils jusqu'au centre de l'avivement — ce qui est toujours assez délicat — de prendre seulement les bords de la surface cruentée et de compléter les sutures marginales par une série de cinq à six surjets successifs à direction transversale. « Ces sutures se succédant « environ de centimètre en centimètre, assurent une coaptation exacte des deux lambeaux cruentés, en facilitent la « réunion et donnent à la cloison une solidité parfaite. » (Chavannaz, *Ibid.*).

On fait donc un premier surjet unissant, par-dessus le col, le bord inférieur des deux surfaces d'avivement. Ceci fait, à 1 centimètre environ, on en fait un deuxième qui enfouit le précédent et qui s'étend transversalement de droite à gauche, en unissant l'une à l'autre les deux portions du vagin dépouillées de leur muqueuse.

Un troisième, un quatrième, un cinquième surjet, un sixième si cela est utile, sont ainsi exécutés, chacun enfouissant le précédent et contribuant, de cette manière, à faire réintégrer son domicile à l'utérus prolabé. La dernière suture rapproche les incisions transversales voisines de la vulve.

Ainsi les deux surfaces quadrilatères sont complètement accolées, laissant de chaque côté une sorte de petit tunnel aboutissant au col, derrière le cloisonnement médian et par lequel s'écouleront les sécrétions cervicales. Tout récemment, en 1922,

Cotte et Creyssel (16) à Lyon, Krull (49) en Allemagne, ont adopté une technique à peu près identique.

Périnéorrhaphie. — Si la vulve demeure quelque peu béante, du fait d'une ancienne déchirure périnéale non réparée, et même dans tous les cas, il y a grand intérêt « pour fournir au « vagin le point d'appui inférieur, qui lui manque à terminer « par une réfection du périnée. » (Chavannaz, 14).

Cotte conseille même de pratiquer la suture des releveurs après dédoublement de la cloison recto-vaginale sur 2 à 3 centimètres de profondeur seulement.

Ce dernier temps une fois effectué, la limite inférieure du cloisonnement, qui paraissait descendre jusqu'à la vulve, se trouve reporté à 3 centimètres environ à l'intérieur du vagin, par suite de la reconstitution de la commissure postérieure et de l'éperon périnal.

« Au point de vue anatomique, la vessie se trouve alors « maintenue, non plus seulement par son accrochage au rectum, mais encore par la restauration du périnée; la béance « de la vulve a disparu, le vagin même se trouve reconstitué « ainsi sur une hauteur de 2 à 3 centimètres. » (Cotte, 18).

La durée totale de l'opération est rarement supérieure à une demi-heure.

Soins post-opératoires. — Pendant les premiers jours, il est bon, de ne pas laisser les malades uriner spontanément. Aussi, pratiquera-t-on le cathétérisme aseptique de la vessie ou placera-t-on à demeure une souche de Pezzer (Hartmann, Chavannaz). Localement, on se bornera à de simples toilettes vulvaires.

Juvara conseille néanmoins d'introduire vers le col, par chaque conduit latéral, une mèche imbibée de vaseline iodée, afin de protéger la plaie contre tout contact avec les sécrétions utérines.

La malade garde le lit vingt jours environ, les cuisses fléchies, repliées et soulevées par un traversin (Juvara).

L'alimentation sera très réduite, au moins jusqu'à la pre

mière garde-robe, et ne devra comporter que des substances laissant peu de résidus : viandes saignantes, œufs, consommés, vins généreux. Presque pas de pain.

Les suites opératoires sont simples, apyrétiques dans l'immense majorité des cas.

Résultats. — A l'examen, si l'on écarte les grandes lèvres après cicatrisation complète, on aperçoit de chaque côté, les orifices des couloirs latéraux, au fond d'un petit entonnoir. Ces orifices admettent seulement une pince de Kocher fermée. Une injection poussée par l'un de ces conduits revient facilement par le conduit opposé.

La colonne de soutien vaginale est souple, peu fibreuse, ainsi qu'on peut s'en rendre compte, à l'aide de deux doigts placés l'un à la vulve, l'autre dans le rectum.

Bien que l'accolement ne soit pas rigide et subisse une impulsion à la toux, il joue néanmoins un rôle de soutien très suffisant.

L'utérus est perçu à sa place normale.

La miction et les évacuations intestinales se font normalement.

En somme, l'intervention, complétée par la périnéorrhaphie, donne un résultat anatomique et fonctionnel excellent.

CHAPITRE IV

LE CLOISONNEMENT ELARGI. — SES INDICATIONS.

SES CONTRE-INDICATIONS

On le voit; l'intervention, telle qu'elle est actuellement conçue, oblitérant le vagin sur la presque totalité de son étendue, supprime complètement la possibilité du coït chez les malades qui la subissent.

Une conséquence aussi grave impose — est-il besoin de le dire — des limites rigoureuses à l'utilisation de ce procédé, qui devra être strictement réservé aux femmes ayant renoncé à toute vie sexuelle.

L'intéressée doit donc être discrètement, mais clairement avertie des résultats de l'opération qu'on lui propose, en ce qui concerne son existence génitale. Tout récemment encore, Cotte et Creyssel (16), ne signalaient-ils pas que, chez une femme de 60 ans paraissant justiciable de cette intervention, ils avaient dû, pour satisfaire aux exigences du mari, donner la préférence au Wertheim-Schauta? Dans un cas comme celui-là, le devoir du chirurgien est clair. Mais quelle devra être sa ligne de conduite dans le cas inverse, le cas où une femme jeune solliciterait le cloisonnement? Ce problème est, en somme, celui de l'âge-limite à partir duquel le chirurgien est en droit de songer plus spécialement à la méthode de Le Fort devant un prolapsus génital.

Chez la femme loin de la ménopause, nous pensons qu'il faut être absolument strict. De même que chez cette femme on ne pratiquera une césarienne mutilatrice que si cette inter-

vention s'impose comme seule susceptible de guérir la malade, de même, selon nous, ne devra-t-on avoir recours au cloisonnement qu'après avoir épuisé les autres procédés thérapeutiques. D'autant que, chez une femme jeune, la triple intervention en particulier — opération essentiellement conservatrice, — sera dans l'immense majorité des cas l'intervention de choix.

Chez une malade aux environs de la ménopause, quelle devra être la conduite du chirurgien? Dans une réunion récente de la Société de chirurgie de Paris, MM. Combiér et Murard, du Creusot, ont présenté une statistique de huit cloisonnements, dont un pratiqué chez une femme de quarante-six ans. Un débat s'éleva à propos de ce cas : il s'agissait d'une veuve, ayant accepté très aisément les conséquences génitales de l'intervention. On objecta — avec raison, nous semble-t-il, — à MM. Combiér et Murard, que l'acceptation de l'intéressée ne suffisait pas, que leur malade et eux-mêmes avaient préjugé de l'avenir et qu'un jour viendrait peut-être où l'opérée regretterait vivement d'avoir subi une intervention aussi radicale.

Pour les femmes aux environs de la ménopause, nous pensons donc qu'on ne devra avoir recours à l'opération de Le Fort que si cette opération apparaît comme seule susceptible de donner de bons résultats.

Le chirurgien devra alors se baser sur l'état général et l'état local de la malade : un état général médiocre peut être une indication très suffisante à pratiquer le cloisonnement, de manière à éviter une intervention plus shockante. L'examen local de la sphère génitale permettra d'apprécier si la triple intervention peut suffire à remédier au prolapsus. Comme le fait très justement remarquer Douay (22) : « L'âge de la malade a moins d'importance que l'état de ses muscles » Aussi, chez une femme qui n'est plus toute jeune, Douay conseille-t-il, avant d'avoir recours à la triple opération, d'examiner la valeur du plan musculo-aponévrotique du périnée par le procédé de Delbet. Ce procédé consiste, on le sait, à introduire deux doigts dans le vagin et à demander à la malade de rapprocher ses ge-

noux, cependant qu'un aide s'oppose à ce mouvement. Les adducteurs se contractent et, synergiquement, les releveurs. On sent alors deux cordes se tendre et les deux doigts écartés sont repoussés l'un vers l'autre. Quand cette sensation n'est pas obtenue, Douay ne pense pas qu'une colpoperinéorrhaphie soit une intervention suffisante : on peut alors songer au Le Fort élargi; le plus souvent, il donnera des résultats très supérieurs.

En résumé, nous estimons que le cloisonnement élargi du vagin n'est presque jamais indiqué chez une femme jeune; — assez rarement chez une femme aux environs de la ménopause, — presque toujours chez la femme âgée.

Mais l'âge de la malade et l'état de son périnée ne sont point les seuls facteurs qui devront déterminer la décision du chirurgien. Le degré du prolapsus doit entrer également en ligne de compte.

En principe, on devra toujours songer au cloisonnement chez une femme âgée présentant un prolapsus total, mais assez facilement réductible et mobilisable. Sur ces points, néanmoins, Cotte et Creyssel (16) conseillent de ne pas se montrer trop absolus : dans quelques cas où ils n'avaient pu amener complètement l'utérus au dehors, dans d'autres même où le port prolongé d'un pessaire avait provoqué une rétraction considérable de la paroi vaginale postérieure qui se laissait mal déplisser, ils durent effectuer une partie de l'intervention dans un tunnel vaginal : l'avivement et la suture furent, de ce fait, un peu plus difficiles. Mais au total, ils obtinrent un résultat satisfaisant et évitèrent à leurs malades le schock opératoire de l'hystérectomie vaginale.

En tout cas, l'irréductibilité complète du prolapsus est une contre-indication à l'opération de Le Fort.

Localement, nous pourrions découvrir de nouvelles contre-indications du fait de tumeur utérine : il faudra d'abord enlever la tumeur.

Notons-le en passant : ce serait une erreur de croire à une fréquence plus grande des cancers du col chez les femmes atteintes de prolapsus, même total, avec utérus pendant entre les

cuisses. C'est ainsi que M. le professeur Chavannaz a signalé qu'au cours de sa pratique chirurgicale il n'a jamais rencontré de cancer du col chez de telles malades.

Si le prolapsus est compliqué de lésions annexielles, il importera de s'en occuper avant d'entreprendre quoique ce soit du côté des organes prolapsés. Souvent, dans ces cas-là, on devra avoir recours à l'hystérectomie.

Enfin, il y aura des contre-indications résultant de l'état général.

Contre-indications temporaires : toutes les maladies aiguës.

En ce qui concerne les contre-indications permanentes, les anciens auteurs et même quelques-uns des auteurs modernes (Cotte et Creyssel, Pauchet) conseillent de s'abstenir du cloisonnement du vagin chez les malades présentant un état général médiocre du fait de : bacilliose sénile en évolution, troubles mentaux accentués, ulcération sacrée, myocardite avancée, diabète grave, etc.

De même, font-ils des réserves chez les malades atteintes d'affections des voies respiratoires, telles que bronchite chronique, emphysème, asthme, car, suivant eux, la toux fréquente pourrait nuire à la cicatrisation de la plaie opératoire et rompre les sutures.

M. le professeur Chavannaz pense au contraire qu'on peut se montrer beaucoup moins strict. Il n'a pas hésité à opérer des malades présentant des lésions cardiaques ou pulmonaires et des glycosuriques.

Cela diminue évidemment dans une certaine mesure la bénignité du pronostic. Mais n'est-ce pas précisément chez ces malades à état général médiocre qu'il convient de pratiquer le cloisonnement, de manière à leur éviter une intervention plus grave?

CHAPITRE V

LE CLOISONNEMENT ÉLARGI. SA SUPÉRIORITÉ DANS LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS DES VIEILLES FEMMES. SES RESULTATS

Tel que nous venons de le décrire, et sous les réserves que nous avons signalées, le cloisonnement élargi du vagin — suivi de son complément nécessaire : la périnéorrhaphie — nous paraît être de beaucoup la meilleure intervention dans le traitement du prolapsus des vieilles femmes.

Chez de telles malades, en effet, nous estimons cette méthode très supérieure, d'une part, à l'ancien procédé de Le Fort, d'autre part, aux autres procédés thérapeutiques, utilisés actuellement contre la ptose des organes génitaux.

Supérieure au procédé de Le Fort pur, elle l'est pour deux motifs :

D'abord, parce que la technique en est bien mieux réglée. Quand on voulait, jadis, pratiquer un cloisonnement suivant les anciennes directives, le problème était particulièrement difficile de savoir, dans chaque cas, quelle devait être la surface optima à donner à l'avivement. Nous l'avons vu : l'opérateur se trouvait pris entre ces deux écueils : faire un cloisonnement trop large, — d'où impossibilité des relations sexuelles. Faire un cloisonnement trop étroit, — d'où récidence du prolapsus.

Rien de semblable dans l'opération actuelle où, le principe étant admis de réserver le cloisonnement aux seules femmes ayant renoncé à la vie sexuelle, l'étendue des surfaces à accoler peut être aussi large que possible, pourvu qu'on laisse sim-

plement subsister les deux petits conduits latéraux pour l'écoulement des sécrétions utérines.

Mais supérieure à l'ancien procédé de Le Fort, ensuite et surtout parce que méthode infiniment plus sûre en ses résultats. Avec elle, les accidents que redoutaient les chirurgiens d'autrefois après le cloisonnement ne se produisent plus que d'une manière tout à fait exceptionnelle : plus de luxation de la matrice à travers l'un des vagins latéraux, plus de cloison rompue par des rapprochements sexuels intempestifs ou cédant sous le poids trop considérable de l'utérus souvent trop hypertrophié.

En outre, la réfection complémentaire du périnée apporte une garantie nouvelle à la persistance du bon résultat opératoire. Sans la périnéorrhaphie, en effet, on obtient par la seule opération de Le Fort, une colonne de soutien vaginale ne reposant elle-même sur rien, peu résistante par conséquent et subissant une impulsion à la toux particulièrement marquée au niveau de la paroi antérieure : un certain degré de cystocèle pourrait en résulter ultérieurement — voire parfois la récédive du prolapsus : « J'ai vu, disait Richelot, au Congrès de chirurgie de 1896, la partie inférieure du vagin, flasque et sans « soutien, finissant par entraîner la cloison artificielle qui sort « toute entière, s'effile et s'atrophie comme si une force active « exerçait des tractions pour la rompre. » Ces quelques considérations suffisent à établir toute l'importance du temps périnéal dans le procédé élargi de Le Fort, et à montrer comme il en a amélioré le pronostic éloigné.

Supérieur à la méthode ancienne, l'opération élargie nous paraît également préférable aux autres procédés modernes dans le traitement du prolapsus des femmes âgées à cause du minimum de risques qu'elle fait courir à ces malades, tout en leur offrant le maximum de chances de succès.

Minimum de risques ? D'abord, parce qu'il s'agit d'une intervention facile : on opère ici à ciel ouvert, sur la muqueuse prolabée. On voit ce que l'on fait, on peut facilement pratiquer une hémostase soignée et un affrontement exact des surfaces

avivées. Dans de très rares cas, nous l'avons vu, du fait de cicatrices dues au port prolongé d'un pessaire, il peut être assez malaisé d'amener l'utérus au dehors. Parfois la muqueuse ne se laisse pas facilement cliver. Ce sont là, nous semble-t-il, les seules difficultés opératoires auxquelles peut se heurter le chirurgien, et elles ne nous paraissent pas très effrayantes. Quant à l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur, c'est un incident qu'évidemment il vaut mieux éviter, mais qui ne présente pas un danger sérieux : il suffit de refermer.

Minimum de risques en second lieu, parce qu'il s'agit d'une opération courte (demi-heure à peine), donc moins choquante — ce qui est appréciable dans toute intervention — mais surtout dans une intervention pratiquée chez les malades âgés.

Minimum de risques enfin, parce qu'opération exclusivement muqueuse ou à peu près.

Les risques sont un peu plus notables — cela est évident — quand on pratique le cloisonnement; sans choisir son cas, même chez des femmes à état général médiocre.

A tous ces points de vue (facilité, rapidité, bénignité), la méthode de Le Fort élargie s'oppose, à notre avis, très heureusement aux autres procédés thérapeutiques actuellement en faveur — en particulier aux interventions par voie abdominale, dont le pronostic est toujours incertain, surtout quand elles sont pratiquées chez des sujets âgés.

Méthode présentant un maximum de chances de succès : Chez les femmes âgées — cela est évident — on se trouve en présence de conditions anatomiques particulièrement défavorables; une paroi abdominale lâche et affaiblie, des ligaments ronds ou sacrés étirés et peu résistants, des releveurs plus ou moins atrophiés et ayant à peu près perdu toute leur valeur contractile ne permettent guère de compter sur des interventions périnéales ou sur une fixation par la voie haute des organes prolapsés. La seule intervention susceptible de pouvoir être mise en balance avec le cloisonnement au point de vue de l'efficacité de ses résultats, ce serait évidemment la colpectomie totale de Müller (opéra-

tion bien voisine de celle de Le Fort d'ailleurs, et dans son principe, et dans sa technique). On sait que Savariaud la trouve sous ce rapport des résultats éloignés, très supérieure au cloisonnement. Nous avons vu, dans notre premier chapitre, les raisons qui nous faisaient lui préférer la simple colpectomie subtotale. Il nous répugne, avons-nous dit à la suite du professeur Bégouin, d'abandonner ainsi l'utérus dans les profondeurs du pelvis, d'où rien ne viendrait désormais nous avertir si cet organe devenait cancéreux. Aussi — même si nous la jugions plus efficace — nous refuserions notre suffrage à l'opération de Müller. Mais — plus efficace — l'est-elle réellement? Nous l'avouons, les affirmations de M. Savariaud nous laissent assez sceptique; ainsi donc, ce serait la persistance des deux conduits latéraux, admettant à peine dans leurs orifices une pince de Kocher fermée, qui serait susceptible de permettre une récurrence du prolapsus, alors que, sur tout le reste de leur surface, les parois vaginales sont solidement accolées? Cela nous paraît difficilement admissible.

Au reste, mieux que toutes les considérations théoriques, les faits sont là pour apporter un témoignage précieux à l'intervention que nous préconisons en ce qui concerne les résultats immédiats et lointains qu'elle donne.

Dans sa thèse de Paris, André (4) publie une statistique de 35 Le Fort pur pratiqués de 1877 à 1889, avec 30 succès vérifiés après une durée suffisamment démonstrative.

1881 — Fanny Bertin (6) : 3 interventions; 3 succès;

1883 — Dubois (23) : 9 interventions; 7 succès d'emblée. Un succès après opération itérative.

1886 — Lanelongue : une intervention; un succès;

1888 — Courtin : une intervention; un succès;

1891 — Dubrueil (24) : une intervention; un succès;

1894 — Dubourg : trois interventions; trois succès;

1906 — Mangin (de Marseille) : 17 interventions; 17 succès;

1909 — M. le professeur Chavannaz publie une statistique de dix succès éloignés sur dix interventions.

Depuis 1913 (la statistique nous manque de 1909 à 1913), le professeur Chavannaz a pratiqué avec succès à l'Hôpital Saint-André, douze cloisonnements, suivis de colpopérinéorrhaphie. Nous avons pu avoir des nouvelles récentes de cinq d'entre ces malades : elles se déclarent très satisfaites du résultat.

1910 — Juvara (de Bucarest) : 6 interventions; 6 succès;

1912 — Wyatt : 8 interventions; 8 succès;

• 1920 — Douay (de Paris) : 4 interventions; 4 succès;

1922 — Krull : 36 interventions; 34 succès;

1923 — Combier et Murard : 8 interventions; 8 succès;

1923 — Cotte : 16 interventions; 16 succès;

• 1923 — Dambrin (de Toulouse), 2 interventions; 2 succès.

Enfin, au Congrès de chirurgie qui vient de tenir ses assises en octobre dernier, les statistiques présentées ont été les suivantes :

Mayer (de Bruxelles) : 3 interventions; 3 succès;

Léo (de Paris) : 8 interventions; 8 succès;

Vanverts (de Lille) : 2 interventions; 2 succès;

• Duvergey (de Bordeaux) : 2 interventions; 2 succès;

Leclerc (de Dijon) : 12 interventions; 10 succès;

Gernez : 2 interventions; 2 succès;

Rastouil (de La Rochelle) : 10 interventions; 10 succès.

Plusieurs des congressistes ont bien voulu nous envoyer quelques-unes de leurs observations, dont ils avaient simplement communiqué les résultats au Congrès; elles forment la portion la plus intéressante de ce très modeste travail.

La presque totalité de ces succès opératoires, a été vérifiée plus de 18 mois après l'intervention.

En outre, sur leurs 8 succès, MM. Combier et Murard, en signalent deux, vérifiés après dix ans.

Le docteur Rastouil a un succès depuis onze ans (Obs. XIII).

Le professeur Leclerc a un succès de plus de douze ans.

Le docteur Léo un succès de plus de six ans (Obs. XIV); un succès de plus de douze ans (Obs. XII); un succès de plus de treize ans (Obs. X).

Ces chiffres ont plus d'éloquence et de valeur convaincante que n'importe quel raisonnement théorique.

Combien loin nous sommes de l'époque où Tillaux proclamait, à l'approbation de tous ses collègues de la société de chirurgie : « Toute opération de prolapsus échoue au point de vue de la durée. »

C'est qu'en effet doctrines et méthodes ont évolué depuis 1877, et si nous nous plaçons en terminant à jeter un regard d'ensemble sur l'histoire de l'opération de Le Fort, il nous apparaîtra sans difficultés que, sous ce double point de vue, des doctrines et des méthodes, elle peut se répartir en trois périodes :

La première qui s'étend de 1877 à 1890 environ. C'est la période où les interventions périnéales — interventions de choix chez les jeunes femmes, nous l'avons dit — ne sont pas encore couramment utilisées. Le cloisonnement du vagin est proposé et pratiqué, quel que soit l'âge de la malade. Il s'agit donc d'une opération hésitante, étriquée, insuffisante où la crainte de supprimer les fonctions génitales est la préoccupation constante du chirurgien. Nous avons résumé (Obs. I à VI), quelques-unes des observations les plus caractéristiques se rattachant à cette première phase de l'histoire du cloisonnement.

Deuxième période : c'est la période où triomphe la colpopérinéorrhaphie, la triple opération. Le rapport de Bouilly, au Congrès français de 1896, lui donne en quelque sorte une consécration officielle. — Période de silence pour le cloisonnement. Seuls, à Paris, J.-L. Faure et surtout les chirurgiens de l'Ecole Bordelaise l'utilisent encore. Mais ils en restreignent les indications, en même temps qu'ils en complètent la technique : en pratiquant un cloisonnement plus étendu, qui interdira ultérieurement les rapports sexuels, en assurant une coalescence plus parfaite des lambeaux et en y ajoutant dans un temps complémentaire, la réfection du périnée (Dubourg, Chavannaz).

Ainsi préparent-ils l'évolution vers la période actuelle, celle

du « cloisonnement élargi du vagin » (prof. Bégouin), intervention limitée dans ses indications, réglée dans sa technique, bénigne dans son exécution et ses suites immédiates, sûre dans ses résultats éloignés : plus de quinze chirurgiens sont venus lui porter leur témoignage au récent congrès de chirurgie. Ce n'est plus la méthode désuète dont l'usage seul voulait qu'il fut fait mention dans les traités. C'est réellement l'intervention de choix à l'heure actuelle dans le traitement des prolapsus totaux des femmes que leur âge met à l'abri des péripéties génitales.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée).

ZANCAROL (d'Alexandrie), Société de chirurgie, Paris, 1879.

Femme A. P..., de Chios, 36 ans, couturière entre à l'hôpital grec d'Alexandrie le 26 février 1877.

Elle a été et elle est encore très bien réglée. Elle a fait trois grossesses, dont la première à l'âge de 23 ans. Dans son premier accouchement, il y a treize ans, elle eut une petite déchirure du périnée. Quatre jours après son second accouchement, à la suite d'un mouvement violent, elle ressentit les premiers symptômes du prolapsus qui s'exagéra pendant sa troisième grossesse et à la suite de son dernier accouchement.

Quand elle entre à l'hôpital, son prolapsus date donc de sept ans et demi.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur à forme conique faisant saillie en dehors des grandes lèvres. Le périnée était déchiré et, si on en jugeait par la cicatrice, cette déchirure était de trois centimètres. Le prolapsus se réduisait facilement, mais les moyens ordinaires ne suffisaient pas pour le contenir. Dans ces conditions l'intervention est décidée et pratiquée le 6 février 1877 par le procédé du professeur Le Fort.

Le septième jour après l'opération, cette femme a eu ses règles qui n'ont duré que quelques heures.

Le vingt-septième jour, la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie. La réunion était complète et ni la marche, ni la toux ne produisaient aucune saillie à la vulve. Mais, pour rendre la guérison

plus durable, il restait à faire la périnéorrhaphie de la partie qui avait été déchirée dans un accouchement antérieur. Au moment où cette dernière intervention est pratiquée, sept mois plus tard, on constate que la guérison persiste toujours, malgré une toux très opiniâtre.

Vingt-sept mois après sa première opération, cette femme se fait de nouveau recevoir à l'hôpital pour tuberculose laryngée très avancée avec cavernes au sommet des poumons. Malgré la toux très persistante dont elle était tourmentée nuit et jour, la guérison de sa pro-cidence utérine ne se fit pas démentir. Elle nous dit même que pour se procurer le nécessaire elle était obligée de faire de très longues courses, malgré quoi aucune saillie ne se faisait voir à la vulve.

Elle a succombé à l'hôpital, le 25 août 1879, au progrès de sa maladie des voies respiratoires.

A l'autopsie nous avons pu enlever l'utérus, le vagin et la vulve de cette femme.

Les pièces anatomiques ont été présentées à la Société de chirurgie de Paris et elles ont démontré que la cloison vaginale qui avait bien maintenu l'utérus, malgré le peu de largeur de l'avivement (2 centimètres), était fibreuse, résistante et que les conduits latéraux ne se sont pas laissé forcer malgré la toux opiniâtre qu'a présentée cette malade.

OBSERVATION II

HICQUET, Société de chirurgie, Paris, 1879.

La nommée Joséphine M..., âgée de 49 ans, ouvrière de houillère, entre à l'hôpital de Bavière, le 22 avril 1878. Elle est atteinte d'une chute presque complète de l'utérus, survenue vers le mois de décembre 1877, à la suite de violents efforts de travail.

Col de la matrice sain, un peu conique et allongé.

Au cathétérisme utérin : cavité du col 45 millimètres, cavité du corps 60.

Le 8 mai nous procédons au cloisonnement vertical médian du vagin.

Malgré l'usage de l'opium, des selles diarrhéiques se déclarent le lendemain de l'opération en même temps que des attaques convul-

sives d'hystérie. Sous l'influence de ces dernières, tous les points de suture sautent successivement.

Le 11 mai, le prolapsus est le même qu'avant l'opération.

Le 8 juillet, après avoir soumis la patiente pendant huit jours au bromure de potassium, nous pratiquons une seconde opération.

Vomissements le 9 et le 10, mais pas d'attaque d'hystérie.

21 juillet : Avivement et suture de la fourchette.

L'opérée sort complètement guérie le 23 août.

La guérison persistait encore au mois de septembre 1879.

OBSERVATION III (Résumée).

EUSTACHE, in *Archives de Tocologie*, Paris, 1882.

Catherine Her..., 45 ans, journalière, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 4 avril 1880, pour prolapsus total.

Cette femme a eu deux enfants. Sa maladie date du premier accouchement qui fut difficile et dut être terminé par le forceps.

Pendant sa seconde grossesse, dix ans après, le prolapsus se réduisit, mais reparut après l'accouchement et ne fit qu'augmenter.

Depuis huit ans, la matrice franchit la vulve et pend entre les cuisses; les pessaires qu'on a essayé de lui faire porter n'ont jamais pu tenir en place.

Il y a quelques jours la tumeur augmenta considérablement de volume, devint rouge, douloureuse, irréductible. D'où l'entrée de la malade à l'hôpital.

Sous l'influence du repos au lit et des soins donnés, la réduction du prolapsus peut se faire facilement le 24 mai.

Le 28 mai, le docteur Faucon, qui dirigeait alors le service, pratique l'amputation du col au thermocautère. Mais le prolapsus ne s'en reproduit pas moins et, le 15 juillet, M. Faucon pratiquait un cloisonnement du vagin (procédé de Le Fort).

Fin août, il existait un petit pont cicatriciel, entre les deux parois, qui avait maintenu jusque-là les parties en place. Quand, quelques jours après, la malade ayant fait un effort violent, tout se rompit. Récidive du prolapsus.

Je pris le service sur ces entrefaites.

Un second cloisonnement fut pratiqué le 4 octobre 1880 toujours suivant la technique de Le Fort.

Dès que la malade commença à se lever, le prolapsus tendait à se reproduire, malgré l'existence de la cloison membraneuse qui réunissait les deux parois vaginales. Quinze jours après, celle-ci avait cédé de nouveau et le prolapsus s'était reproduit comme auparavant.

Troisième cloisonnement (procédé de Le Fort, modifié), le 24 novembre 1880 : Avivement sur les parois antérieure et postérieure du vagin d'un quadrilatère de 6 centimètres de côté, s'étendant depuis le col jusqu'à la commissure antérieure du périnée.

Puis sutures : deux premières sutures furent placées au niveau des parties supérieures de l'avivement, le long du bord transversal et passées successivement de la paroi antérieure sur la paroi postérieure : elles furent serrées aussitôt. Puis furent successivement placées dix sutures latérales, et enfin deux autres sur le bord transversal inférieur.

Les suites opératoires furent insignifiantes.

La malade se lève le 6 décembre et reprend ses occupations.

A l'examen, le vingtième jour, on pouvait constater que rien n'apparaissait à la vulve. En écartant les lèvres on peut voir, au moment des efforts, la cloison qui relie ensemble les deux parois antérieure et postérieure. En introduisant deux doigts dans le vagin, l'un à droite, l'autre à gauche, on constate que les vagins latéraux sont étroits, resserrés, que les doigts sont séparés l'un de l'autre par une cloison très résistante, d'une épaisseur de un centimètre au moins sur les endroits les moins résistants, plus considérable vers les deux extrémités. Cette cloison mesure une hauteur de cinq centimètres.

La femme n'accuse aucune gêne, aucune souffrance.

Sortie le 5 janvier. En parfait état vingt mois après l'opération.

OBSERVATION IV

DUBOIS, in *Journal de médecine, chirurgie et pharmacologie*, Bruxelles, 1885.

T... Hortense, 49 ans, ménagère. Mère de onze enfants, presque tous ses accouchements ont dû être terminés par le forceps.

Prolapsus utérin complet avec cystocèle et rectocèle.

Opération le 13 décembre 1879. Dissection de la face postérieure, puis de la face antérieure. Sutures métalliques coupées au niveau de la torsion et abandonnées dans le vagin.

Enlèvement de la plupart des fils le 27 décembre. Guérison et sortie le 29 décembre. Cicatrice solide et résistante.

Devenue enceinte en 1881, malgré son cloisonnement elle s'est accouchée au mois de septembre de la même année d'un douzième enfant très vigoureux. Au dernier moment l'accoucheuse ayant senti quelque chose d'anormal dans le vagin et s'étant fait donner quelques explications, renversa d'un coup de ciseaux l'obstacle : il ne s'est passé rien de spécial après cela et quand nous avons revu la femme T..., au mois de janvier 1882, on ne retrouvait pour ainsi dire pas de traces de la cicatrice.

Quant au prolapsus, il réapparaissait dans les mêmes conditions qu'en 1879.

Nous l'opérâmes de nouveau le 6 janvier 1882.

La guérison était assurée le 2 février suivant et depuis elle dure toujours.

OBSERVATION V (Résumée).

ANDRÉ, *in* thèse de Paris, 1888-1889.

La nommée V..., 29 ans, entre le 20 novembre 1883, salle Sainte-Marthe, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Le Fort.

A cette époque la malade avait eu quatre grossesses, la dernière en 1880.

Le début de son prolapsus vaginal date du troisième mois de sa dernière grossesse. Il a augmenté progressivement depuis.

Il y a dix-huit mois est survenu le prolapsus utérin.

M. Le Fort a opéré la malade le 27 juin 1883. Jusqu'à cette époque aucun traitement n'avait été fait, la malade n'avait même pas porté de pessaire.

Elle a quitté l'hôpital le 30 juillet. Les surfaces avivées ne s'étant pas accolées, elle se trouva au commencement d'août dans le même état qu'avant l'opération.

cloisonnement vaginal, selon son procédé. Les sutures sont faites avec des fils ordinaires à ligatures.

La diminution du prolapsus et sa disparition complète se font aisément sous l'influence des sutures.

27 décembre. — Premier lever.

22 janvier. — Sortie avec guérison.

Nous avons eu la bonne fortune de retrouver cette malade au mois de février 1889, cinq ans après son opération.

Le résultat est resté excellent. La femme ne souffre nullement, l'opération n'a jamais gêné les rapports. Ce qui en fait foi, outre le dire de la malade, c'est qu'elle a accouché en avril 1885, seize mois après son opération, d'un enfant à terme. Le travail a été long; il a duré deux jours et demi et on a dû sectionner la bride cicatricielle, résultat du cloisonnement vaginal, qui mettait obstacle à la sortie de l'enfant.

L'enfant est venu vivant.

Actuellement notre malade est encore enceinte d'environ trois mois, et l'utérus reste à 6 centimètres au-dessus de la vulve.

Il y a un peu de cystocèle et de rectocèle, mais pas de prolapsus utérin.

OBSERVATION VI (Résumée).

SEGUNARD, *in* thèse de Bordeaux, 1886-1887.

Marie M..., 50 ans, journalière, entre le 7 novembre 1886 à l'hôpital Saint-André, service de M. le professeur Lanelongue.

Cette malade a eu cinq grossesses et cinq accouchements normaux.

Elle est asthmatique et a des quintes de toux fréquentes et très longues.

C'est d'ailleurs à la suite d'un accès d'asthme qu'elle vit son prolapsus se produire.

À l'heure actuelle, on constate un prolapsus complet avec cystocèle très marquée.

Le cloisonnement du vagin est proposé et accepté par la malade.

Intervention le 18 novembre : sur les deux faces de la tumeur, au niveau de la ligne médiane, on délimite au bistouri un trapèze dont

la base est située à un centimètre et demi du museau de tanche et le sommet à quatre centimètres plus bas du côté de la vulve. La largeur de la base est de quatre centimètres et celle du sommet de deux. L'aire de ce trapèze est soigneusement disséquée.

L'accolement est facilement obtenu au moyen de points de suture au catgut, disposés par paires sur les bords de l'avivement et espacés d'un peu moins d'un centimètre l'un de l'autre.

Injection. Pansement.

Sonde à demeure. Opiacés.

Vers le 12^e jour, la malade se plaint de vives douleurs du côté de la vessie. Légère élévation de température dans le flanc droit. Urines épaisses et contenant un dépôt muco-purulent abondant. Le diagnostic de cystite et pyélonéphrite est porté. On suppose qu'elles sont dues à la sonde à demeure et à la cystocèle persistante.

Guérison de ces accidents après un mois de traitement.

On examine alors la malade localement. On constate l'existence d'une cloison épaisse et résistante. De chaque côté de la cloison est un conduit qui va en se rétrécissant.

La vessie forme une légère cystocèle.

Cinq mois après sa sortie de l'hôpital, la guérison se maintient absolument parfaite.

OBSERVATION VII

BORPIER, *in* thèse de Bordeaux, 1893-1894.

Magdeleine P..., 40 ans, entrée le 4 avril 1892, à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. le Dr Dubourg, pour prolapsus utérin.

Pas de grossesse. Exerce un métier pénible. Il y a cinq mois, à la suite d'un effort, la malade eut un début de prolapsus. Elle ne fit rien pour y remédier, continua à travailler et le prolapsus s'accrut de plus en plus.

A son entrée, le col de l'utérus est hors de la vulve, s'accompagne de rectocèle et de cystocèle. Métrite légère.

16 avril 1892. — Curettage. Deux lambeaux de muqueuse de trois centimètres de côté environ sont taillés sur les faces antérieure et postérieure du vagin prolapsé et les surfaces avivées mises en contact

et suturées (Opération de Le Fort). Puis colpopérinéorrhaphie. Enfin Alexander; mais les ligaments ronds sont dissociés et peu résistants, aussi n'obtient-on pas de cette opération les résultats attendus.

30 avril. — Le succès de l'opération n'est pas complet; on s'était contenté d'une surface d'avivement très petite pour la colpopérinéorrhaphie; aussi fait-on, pour retenir l'utérus, une nouvelle colpopérinéorrhaphie à surface d'avivement plus considérable.

12 mai. La guérison est complète, le périnée est solide. Le cloisonnement par le procédé de Le Fort a très bien tenu et l'utérus lui-même est très maintenu, plus de cystocèle, ni de rectocèle au moment des efforts.

Un an après, la malade a été revue, le succès ne s'est pas démenti.

OBSERVATION VIII

Professeur CHAVANNAZ.

V..., 70 ans, marchande à la loterie, n'a jamais été malade, a eu cinq enfants; en a nourri neuf.

Les accouchements ont été normaux, mais la femme V... s'est toujours levée le sixième jour après ses accouchements. Depuis l'âge de 56 ans, la malade a son utérus pendant entre les cuisses; elle n'a pas de douleurs, mais elle éprouve une grande gêne pour la marche et c'est précisément cette gêne qui la décide à entrer à l'hôpital.

A l'examen, nous notons un bon état général; à remarquer cependant que la femme V... est extrêmement grasse.

L'utérus, peu volumineux, fait entièrement saillie hors de la vulve. Le col est légèrement ulcéré, mais cette ulcération est nettement d'ordre mécanique.

Cet utérus est très facilement réductible, toutefois il reprend sa position vicieuse dès que la main cesse de le maintenir en son ancienne situation.

Pas de troubles de la miction, ni de la défécation.

Le 30 janvier 1893, nous pratiquons le cloisonnement du vagin. La réunion se fait par première intention et, le 16 février, la malade quitte l'hôpital; elle ne souffre pas et son utérus est en bonne position.

V... a été revue vingt-six mois après l'opération : elle est en parfait état et ne souffre en aucune manière.

Quand elle s'accroupit, elle sent seulement qu'elle a, suivant son expression « quelque chose de cousu. »

OBSERVATION IX

Professeur CHAVANNAZ.

B..., 65 ans, ménagère, n'a jamais été malade sauf une variole et un érysipèle à répétition. Elle a été réglée pour la première fois à onze ans et la ménopause s'est établie à quarante ans.

Cette femme a eu deux grossesses : l'une à 29 ans; l'autre deux ans plus tard.

Pour chacun de ces accouchements elle est restée huit jours au lit.

C'est environ une quarantaine de jours après son dernier accouchement que la femme B... constata qu'une petite grosseur faisait saillie en dehors de sa vulve. Cette saillie a augmenté peu à peu et, quatre ans plus tard, l'utérus tout entier pendait entre les cuisses de la malade.

Ce prolapsus utérin n'a été pendant longtemps qu'une cause de gêne pour la marche, toutefois il existait une sensation de pesanteur à la région lombaire.

Dans ces derniers mois, les linges dont la malade recouvre son utérus sont constamment souillés par quelques gouttes de sang. De plus les mictions sont très fréquentes; dans la station debout la malade est obligée d'uriner toutes les dix minutes et elle souffre si elle résiste au besoin d'uriner. Dans le décubitus dorsal, les besoins d'uriner diminuent beaucoup de fréquence et c'est ainsi que dans la nuit la malade n'urine que deux ou trois fois.

Pas de troubles de la défécation.

B... étant dans la position du speculum, on voit son utérus sortant de la vulve et ayant entraîné avec lui les parois vaginales.

L'utérus est facilement réductible, mais, au moindre effort, il reprend sa position vicieuse.

Le col est un peu volumineux, ulcéré par places et, entre ses lèvres, font saillie trois ou quatre petites tumeurs polypeuses.

La cavité utérine mesure onze centimètres un quart.

La femme B... a un bon état général, mais elle est extrêmement grasse.

Le 12 février 1896 nous pratiquons le curettage de l'utérus et l'ablation des petits polypes du col, puis nous faisons le cloisonnement du vagin. L'opération est enfin terminée par une réfection de la fourchette.

La réunion se fait par première intention et le 10 mars la malade quitte l'hôpital.

B... a été revue quatorze mois après son opération. Elle est en parfait état, ne souffre pas, n'a pas de pertes.

La miction est aujourd'hui parfaitement normale.

OBSERVATION X (Inédite).

Due à l'obligeance du Dr Léo (de Paris).

M^{me} G... se présente le 13 juillet 1910, avec un prolapsus utérin total et un mauvais état général. On remet l'opération au mois de septembre.

Pendant les deux mois préopératoires, la malade observe un régime d'artério-scléreuse, avec purgations fréquentes et alimentation réduite.

Le 15 septembre 1910. — Anesthésie au chloroforme (auquel nous avons complètement renoncé depuis cette époque) Opération de Le Fort. Avivement antéro-postérieur des surfaces vaginales antérieure et postérieure. Sutures au catgut. Mèches imbibées de pyroléol dans les deux canaux latéraux du vagin. Lavages à l'eau oxygénée tous les jours dans ces canaux (lavages inutiles et même nocifs, auxquels nous avons complètement renoncé dans les cas suivants), Suites opératoires simples et normales.

Le 20 septembre 1911, la malade est revue avec un utérus solidement maintenu au fond du vagin par la cloison médiane, conséquence de la suture. La malade dit avoir eu, pendant six mois après l'opération, une sensation de fatigue qui a disparu totalement et qui dépendait plus du chloroforme que de l'opération.

Actuellement, c'est-à-dire au moment du congrès de chirurgie, la malade se déclare spontanément très heureuse et satisfaite.

OBSERVATION XI (Inédite).

Docteur Léo.

M^{me} H..., âgée de 78 ans est atteinte de prolapsus utérin total et ancien.

Opération le 3 novembre 1910, sous rachi-anesthésie faite par le Dr Ravaut, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Il injecte une goutte et demi de novocaïne à 40 % dans le cul-de-sac méningé, autour des nerfs de la queue de cheval, selon son procédé personnel : anesthésie immédiate et complète de la ligne médiane vaginale et des régions voisines.

Abaissement du col utérin par traction avec une pince de Museux. Ablation d'une bande de muqueuse antérieure et d'une bande de muqueuse postérieure. La muqueuse est très épaissie dans la région profonde du vagin. Sutures au catgut tantôt horizontales, tantôt verticales depuis le col jusqu'à la vulve, ce qui éloigne ces deux régions l'une de l'autre.

Léger suintement sanguin pendant la première journée. Sérum rectal et huile camphrée. Un peu de sphacèle de la muqueuse vaginale du côté droit, on le soigne à l'eau oxygénée.

Excellent résultat immédiat : la malade se lève le 8^e jour et sort le 15^e jour.

Elle meurt d'une crise cardiaque deux mois plus tard, fin janvier 1911, sans que le prolapsus ait le moins du monde reparu.

OBSERVATION XII (Inédite).

Docteur Léo.

M^{me} L..., journalière, âgée de 56 ans, est atteinte de prolapsus utérin total.

Le 3 juin 1911. — Opération de Le Fort élargie, sous chloroforme, avec mèches imbibées de pyroléol dans les deux trajets latéraux du

vagin, de la vulve au col utérin : ces mèches sont supprimées le troisième jour.

Revüe en 1923, cette femme n'a jamais vu réapparaître son prolapsus, malgré ses pénibles travaux manuels de journalière.

OBSERVATION XIII (Inédite).

Due à la bieuveillance du D^r RASTOUIL (de La Rochelle).

M^{me} C..., 63 ans, originaire de la Vendée, présente un prolapsus total, l'utérus pendant entre les cuisses. Plaies par frottement de la face antérieure du prolapsus.

La malade est mise au repos, le siège un peu élevé.

La réduction est impossible le premier jour, mais s'obtient les jours suivants peu à peu, par le repos et des pansements appropriés.

Une fois la plaie bien cicatrisée, opération le 13 décembre 1912 : Dissection sur la paroi antérieure du prolapsus depuis le col utérin fixé par une pince jusqu'à un travers de pouce du méat urinaire d'une bande muqueuse de cinq centimètres environ de largeur.

Dissection ensuite sur la face postérieure du prolapsus, depuis le col jusqu'à un travers de doigt de la vulve, d'une bande de muqueuse semblable à la précédente.

Affrontement des surfaces cruentées par des catguts qui passent sous ces surfaces et les rapprochent parfaitement. Chaque catgut est lié par une fermeture en bourse. D'autres catguts se succèdent ainsi par fermeture en bourse; au fur et à mesure qu'un fil est serré, on réduit le prolapsus. Le dernier fil est un crin de Florence.

L'opération finie, on constate un cloisonnement qui paraît solide et qui laisse de chaque côté un petit sillon pouvant servir de drainage.

Pansement du dernier fil (crin de Florence) par une pommade au collargol.

Suites apyrétiques; pas la moindre suppuration.

La malade, revue ces derniers temps, conserve un résultat parfait.

OBSERVATION XIV (Inédite).

Docteur LÉO.

M^{me} P..., 65 ans, présente un prolapsus utérin total et irréductible, sauf dans le décubitus dorsal absolument complet. Même dans cette position, le moindre effort provoque le déroulement vaginal et la projection utérine à l'extérieur.

Opération le 23 juillet 1914. — Anesthésie à l'éther. Excision de deux rectangles de muqueuse vaginale, l'un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure, depuis le fond du vagin jusqu'à la vulve.

Suture au catgut des petits côtés de ces rectangles, dans le fond du vagin d'abord et se rapprochant graduellement de la vulve.

Ces différents plans de sutures transversales refoulent graduellement le col utérin et le soutiennent. Deux petits conduits latéraux persistent sur les côtés du vagin : ils ne laisseraient pénétrer qu'un cathéter très étroit.

Suites aseptiques.

L'opérée revue en 1920, — soit six ans après l'opération, — est restée guérie de son prolapsus, malgré un catarrhe bronchique chronique, qui lui fait faire des efforts de toux fréquents.

OBSERVATION XV (Inédite).

Due à la bienveillance de M. le professeur LECLERC (de Dijon).

Cloisonnement : Insuccès. Opération de Kocher-Murphy : Guérison.

S... (Clothilde), 63 ans, deux enfants.

Début de prolapsus il y a une vingtaine d'années. Il augmente progressivement.

A l'examen : prolapsus utéro-vaginal complet et total; l'utérus apparaît au dehors dès que la malade se lève; le col est peu hypertrophié et ne présente pas d'ulcération; le périnée est extrêmement réduit; l'utérus est de volume normal.

Le 11 novembre 1919 : intervention sous anesthésie régionale. Je pratique le cloisonnement du vagin avec périnéorrhaphie aux crins de Florence perdus.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais, vers le mois de mai 1920, le prolapsus réapparaît; il augmente progressivement.

Vers le 1^{er} août, la malade se met à souffrir et à présenter des pertes d'eaux rousses très abondantes.

Elle entre de nouveau dans mon service le 15 août. Le col utérin est à la vulve; il est très augmenté de volume, très œdématié, violacé et porte à sa surface de nombreuses ulcérations.

En regardant de près, on voit qu'il s'est luxé à travers un des couloirs latéraux, déterminés par le cloisonnement : il s'est étranglé dans cette situation et ne peut plus être réduit.

Sous anesthésie, la réduction ne peut davantage être obtenue. On est obligé de libérer aux ciseaux les deux parois vaginales accolées pour pouvoir obtenir la réduction, encore est-elle très difficile à pratiquer. Le prolapsus se reproduit d'ailleurs immédiatement.

L'insuccès provient évidemment d'une largeur insuffisante des surfaces accolées.

On fait, par voie abdominale, l'opération de Kocher-Murphy : l'utérus est sectionné en deux valves qu'on évide de façon à enlever la muqueuse utérine et qu'on fixe dans l'épaisseur de la paroi abdominale entre le muscle droit et l'aponévrose antérieure de la gaine correspondante.

Les suites opératoires furent favorables, mais la malade mourut quelques temps après d'hémorragie cérébrale.

OBSERVATION XVI (Inédite).

Docteur Léo.

M^{me} M..., âgée de 73 ans, présente un prolapsus utérin complet avec rectocèle, mais pas de cystocèle.

Son état général est précaire. Ses poumons sont le siège de congestion chronique avec catarrhe, dit son médecin.

Le 12 janvier 1921. — Opération de Le Fort sous rachi-anesthésie.

Cinq centigrammes de cocaïne Templier — par conséquent très pure — sont employés pour cette rachi-anesthésie qui s'accompagne de vomissements et d'angoisse à la 2^e minute, mais donne une excellente anesthésie.

La résection de muqueuse est pratiquée sur la paroi vaginale antérieure d'abord. Elle est pratiquée sur la paroi vaginale postérieure en second lieu. Mais cette paroi postérieure a une longueur double de la longueur vaginale antérieure. Il faut avoir recours à un artifice : on résèque sur la paroi postérieure un rectangle exactement semblable, comme surface, au rectangle antérieur et, sur la partie restante de la muqueuse vaginale postérieure vers la vulve, on fait une colpectomie médiane supplémentaire dont les deux lèvres, suturées sur la ligne médiane, forment un raphé médian postérieur qui va de la vulve à la suture transversale de Le Fort.

Deux mèches de gaze, imbibées de pyroléol, sont introduites et laissées dans les deux conduits latéraux.

Dysurie de huit heures après l'opération. Sérum sucré.

Suites aseptiques.

Revue en 1923. Résultat parfait.

OBSERVATION XVII (Inédite).

Docteur Léo.

Madame C..., âgée de 31 ans, se présente le 26 janvier 1921 avec un prolapsus utérin total qui ne se maintient réduit que dans le décubitus horizontal.

Elle a subi une colpopérinéorraphie huit ans auparavant et elle a subi une hystéropexie à Deauville, pendant la guerre, pratiquée par un chirurgien des hôpitaux de Paris.

Elle déclare que la vie est intenable pour elle avec cette infirmité et qu'elle est décidée à tout pour en être débarrassée.

Le 26 janvier 1921. Opération de Le Fort élargie. On résèque deux rectangles de muqueuse vaginale, un sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure et on suture au catgut les surfaces cruentées.

On ménage à droite un canal de muqueuse saine d'un calibre suffi-

sant pour admettre le doigt auriculaire. On croit devoir laisser cette possibilité, incertaine, de coït à cette femme de 31 ans.

Revue en 1922, dix-huit mois après l'opération, elle se déclare satisfaite du résultat, inespéré, dit-elle, et dont s'accomode parfaitement sa vie génitale.

OBSERVATION XVIII (Inédite).

Docteur Léo.

M^{me} M..., âgée de 36 ans, est une femme atteinte de prolapsus vaginal et utérin total — infirmité qui l'empêche de gagner sa vie comme femme de ménage.

Elle demande une guérison durable et sûre.

On lui propose l'opération de Le Fort, en lui expliquant ses conséquences au point de vue génital. Elle accepte.

Opération le 29 janvier 1921. Anesthésie à l'éther.

Résection de deux rectangles muqueux sur les deux parois vaginales et sutures transversales par étages.

Suites aseptiques.

Revue en 1923, le résultat est resté le même. L'opérée travaille sans aucune gêne et se félicite tous les jours d'avoir consenti à l'intervention.

OBSERVATION XIX (Inédite).

Docteur Léo.

Madame D..., âgée de 54 ans. Prolapsus utérin total avec œdème du col et ulcération souple et plane sur deux points du museau de tanche. Coloration violette du col et grosses veines dilatées, visibles à travers la muqueuse, autour du col et à son niveau.

Soins préopératoires de sept jours : injections de permanganate de potasse à 1 pour 1000. Attouchements avec de la pommade à l'argyrol à 1 pour 30.

14 février 1921. Opération de Le Fort. Anesthésie à l'éther.

Les résections muqueuses faites et les sutures terminées, on constate un suintement veineux continu, tenace, qui vient sourdre par la cheminée vaginale gauche.

On défait toutes les sutures au catgut, on cherche et trouve le point veineux qui saigne, on en fait l'hémostase au catgut, près du col, à sa base, et l'on refait les sutures horizontales par étages sur les parties cruentées du vagin.

Cette fois, l'hémostase est parfaite.

Réunion aseptique habituelle.

Malade revue en 1922, vingt mois après l'opération. Résultat parfait. Aucune récidive du prolapsus, aucun écoulement génital. Aucune douleur, ni pesanteur périnéale.

OBSERVATION XX.

COTTE, in *Lyon chirurgical*, 1922.

M^{me} X..., âgée de 70 ans.

Prolapsus datant de 1917 et s'accompagnant de troubles vésicaux intenses.

Opération élargie de Le Fort, en juin 1921 : on pratique le cloisonnement du vagin sur une hauteur de 7 à 8 centimètres, c'est-à-dire se poursuivant presque jusqu'au niveau du col utérin.

La malade sort guérie.

La malade est revue en mars 1922, soit neuf mois après. La guérison s'est maintenue complète.

A l'examen, on constate presque immédiatement, au-dessus de la vulve, un cloisonnement transversal du vagin qui a laissé seulement deux petits pertuis latéraux dans lesquels on peut engager l'extrémité de l'index.

Le résultat anatomique et fonctionnel est parfait.

OBSERVATION XXI (Inédite).

Due à la bienveillance de M. le professeur VANVERTS (de Lille).

Veuve F..., 73 ans, ayant accouché quatre fois, toujours avec l'aide du forceps.

Ménopause à 46 ans.

Au cours de la guerre, une saillie apparaît au niveau de la vulve et augmente progressivement. La malade éprouve une sensation de tension abdominale et a l'impression que ses organes descendent quand elle est en station debout. Quand la tumeur vulvaire est accusée, la miction est difficile.

L'état général de cette femme est bon. La paroi abdominale est très relâchée. L'orifice vulvo-vaginal est béant. Dans l'effort, la paroi antérieure du vagin fait complètement issue à l'extérieur. Le col utérin est suintant, ectropionné, très bas situé.

Après avoir fait faire des injections désinfectantes, je pratique une cautérisation du col au caustique de Filhos, le 1^{er} mars 1922.

A la suite de cette cautérisation, le suintement cervical disparaît.

Le 7 avril 1922, je pratique un cloisonnement étendu du vagin. J'excise un très large lambeau elliptique, s'étendant du méat urinaire au col, au niveau de la paroi vaginale antérieure. Un lambeau semblable est taillé au niveau de la paroi vaginale postérieure. J'unis ensuite par des sutures au catgut n° 2 les bords correspondants (bord droit avec bord droit, bord gauche avec bord gauche) des plaies antérieure et postérieure du vagin. Dans l'intervalle de ces sutures marginales, je place quelques points au catgut pour affronter complètement les surfaces cruentées et éviter les espaces morts. Avant de placer les points inférieurs, je réunis par une suture en U les deux releveurs très atrophiés.

Grâce à la largeur des excisions vaginales, il ne persiste, de chaque côté, qu'un canal très étroit.

Les suites de cette opération furent très simples. L'opérée, qui est très indocile, se lève le troisième jour et malgré ma défense, quitte la Maison de santé le huitième jour.

Je ne l'ai pas revue, mais j'ai eu de ses nouvelles par son gendre au bout d'un an. Le résultat paraissait excellent.

OBSERVATION XXII (Inédite).

Professeur DAMBRIN, docteur BERNARDBEIG (de Toulouse).

B. J..., 56 ans.

Pas d'antécédents intéressants. L'opérée n'a jamais été malade.

Deux enfants. Accouchements normaux. Aucun passé génital pathologique.

Cependant, la malade a exercé un métier très fatigant (marchande des quatre saisons, elle a poussé la baladeuse pendant trente ans tous les jours).

Il y a quatorze ans, éprouvant des troubles de la miction, elle s'aperçoit de la présence, au niveau du vagin, d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur était réductible et contenue par un pessaire.

Elle continue son métier : le prolapsus s'aggrave, devient complet.

Cependant la femme ne rentre à l'hôpital que parce qu'elle a des pertes considérables.

En février 1916, on pratique à l'Hôtel-Dieu une hystérectomie vaginale.

Cinq mois après, récurrence nécessitant une colpo-périnéorrhaphie. Elle ne donne pas non plus d'excellents résultats et le prolapsus se reproduit.

Le 11 février 1922, la malade entre dans le service de M. le professeur Dambrin.

On constate à ce moment une chute complète du dôme vaginal déplié qui se montre hors de la vulve au moindre effort et même dans la simple station debout.

La malade est opérée le 11 février 1922 (Dambrin, Bernardbeig). Anesthésie à l'éther.

Cloisonnement du vagin après avivement des parois antérieure et postérieure prolapsées. Points épais au catgut allant de la profondeur vers l'orifice vulvaire.

Résultat excellent.

Résultat éloigné : la malade a été revue le 26 novembre 1923 par l'interne de service, M. le Docteur Sarroste. La malade est hospitalisée à l'hôpital de la Grave, à Toulouse, pour surdité accusée et sénilité précoce.

Le prolapsus ne se reproduit plus. A peine dans les violents efforts constate-t-on une très légère descente des parois vaginales.

Ni rectocèle, ni cystocèle.

Bref, excellent résultat.

OBSERVATION XXIII (Inédite).

Professeur VANVERTS.

Veuve R..., 67 ans ayant eu deux accouchements spontanés. Ménopause à 52 ans.

En 1921, troubles vésicaux qui se calment par l'usage de l'uroformine.

A la fin d'août 1922, apparaît une tuméfaction au niveau de la vulve avec douleurs irradiées à la région de l'anus et aux cuisses. La malade est très affectée de son affection, s'amaigrit et mange peu.

Au moment où je suis à examiner cette malade, l'orifice vulvo-vaginal est béant et le périnée est peu solide. La paroi vaginale antérieure est prolabée dans toute son étendue.

Le 23 décembre 1922, je procède sous chloroformisation à un cloisonnement étendu du vagin. Un lambeau losangique très large et mesurant toute la hauteur du canal est excisé au niveau des parois antérieure et postérieure du vagin. Les bords correspondants des deux plaies sont unis par des sutures au catgut qui intéressent la moitié des surfaces cruentées, de façon à assurer l'accolement parfait de celles-ci. Une suture en U au catgut réunit les releveurs. La plaie postérieure étant plus longue que l'antérieure, je termine en suturant les deux bords de cette plaie postérieure l'un à l'autre.

L'opération terminée, il reste de chaque côté un canal très étroit qui admet à peine une pince.

Les suites de cette opération furent bonnes.

En juillet 1923, je revis pour la dernière fois l'opérée. Le résultat local était parfait et il n'existait aucun bombement au niveau de la vulve, même dans l'effort. L'état mental ne s'était guère amélioré.

OBSERVATION XXIV (Inédite).

DAMBRIN et BERNARDBEIG.

M. D..., 71 ans.

Réglée à 18 ans : règles abondantes, non douloureuses, durant huit jours.

Mariée à 21 ans. Quatre enfants. Pas de fausses couches.

Pas de maladies antérieures, sauf en février 1923 : grippe à localisation pulmonaire. Quintes de toux.

A la fin du mois de février la malade a, un matin, au lever, la sensation de « quelque chose qui se décroché, et tombe ». La malade constate aussitôt l'extériorisation de son utérus.

Peu de temps après, elle s'aperçoit qu'elle a des pertes jaunâtres, émpesant le linge.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, salle Saint-Louis.

On constate un prolapsus complet : l'utérus pend entre les cuisses en battant de cloche.

Corps normal, col très gros.

L'orifice du col est légèrement agrandi.

Le prolapsus est compliqué de rectocèle et de cystocèle.

Il est réductible dans le décubitus dorsal : il suffit d'une pression douce pour refouler la masse entière dans le vagin.

La vulve reste cependant béante, le vagin est d'une ampleur exagérée et le prolapsus se reproduit sous l'influence de la station debout.

Annexes normales. Sphincters intacts.

Etat général mauvais. La malade est une artérioscléreuse et une hyposystolique. Cœur scléreux, arythmique.

Traitement préparatoire :

1° Général : Digitaline; Théobromine; Caféine; Régime lacté.

2° Local : Injections; Tampons de gaze iodoformée.

Opération 5 mai 1923 (Dambrin, Bernardbeig). — Anesthésie épidurale à la scurocaïne.

Cloisonnement du vagin par le procédé de Le Fort, complété par périnéorrhaphie.

Bon résultat immédiat : quelques points de suture ont lâché, mais le prolapsus ne se reproduit pas.

Nous avons pu avoir des nouvelles récentes de cette malade : elle se déclare toujours très satisfaite.

CONCLUSIONS

I. — Dans l'immense majorité des cas, le traitement de choix du prolapsus génital sera constitué par des interventions portant sur le périnée et sur le vagin.

II. — Chez les femmes non ménopausées ou aux environs de la ménopause, on aura recours de préférence à la triple opération (méthode française), procédé essentiellement conservateur.

III. — Chez les femmes âgées, il conviendra plutôt de s'adresser au cloisonnement du vagin, seule opération vraiment efficace chez elles, opération facile, opération courte, opération bénigne en général.

IV. — Ce cloisonnement devra être pratiqué suivant la technique élargie et complété par la réfection du périnée.

V. — Par contre, dans le traitement du prolapsus des jeunes femmes, et même, le plus souvent, des femmes aux environs de la ménopause, on devra s'interdire rigoureusement cette méthode à cause des conséquences génitales qui en découlent.

Vu : *Le Doyen*,
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 8 décembre 1923.

Pour le Recteur :
Le Doyen, délégué,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRÉ. — Thèse de Paris, 1888-1889.
2. AUTEFAGE. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1910.
3. BAUM. — *Archiv für gynækologie*, Berlin, 1902.
4. BÉGOUIN. — Congrès français de chirurgie, 1923.
5. BERRUT. — Congrès français de chirurgie, 1896.
6. BERTIN (Fanny. — *American Journal of obstetric*, New-York, 1881.
7. BILHAUT. — Congrès français de chirurgie, 1896.
8. BÖCKEL. — Congrès français de chirurgie, 1896.
9. BORDIER. — Thèse de Bordeaux, 1893-1894.
10. BOUILLY. — Congrès français de chirurgie, 1896.
11. BOURSIER. — Congrès français de chirurgie, 1896.
12. BRUNET. — Thèse de Paris, 1882-1883.
13. CHAVANNAZ. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 1897.
14. — *Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, 1909.
15. COMBIER et MURARD. — Société de chirurgie de Paris, 1923.
16. COTTE et CREYSSEL. — *Journal de chirurgie*, 1922.
17. COTTE. — *Lyon chirurgical*, 1922.
18. — Société de chirurgie de Paris, 1923.
CREYSSEL. — Voir Cotte et Creyssel.
19. DELBET. — Congrès français de chirurgie, 1923.
20. DEPAGE. — *Journal de chirurgie et Annales de la Société belge de chirurgie*, Bruxelles, 1911.
21. DOLÉRIS. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1911.
22. DOUAY. — *Gynécologie et obstétrique*, 1920.

23. DUBOIS. — *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie*, Bruxelles, 1885.
24. DUBRUEIL. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 1891.
25. DUGOUA. — Thèse de Bordeaux, 1906-1907.
26. DUVERGEY. — Congrès français de chirurgie, 1923.
27. EUSTACHE. — *Archives de tocologie*, 1882.
28. FAUCON. — *Archives de tocologie*, 1881.
29. FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*.
30. FAURE (J.-L.). — Congrès français de chirurgie, 1923.
31. FORCRAND DU COISELET (DE). — Thèse de Montpellier, 1918-1919.
32. FORGUE et MASSABUAU. — *Gynécologie. In Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet*.
33. LE FORT. — *Société de chirurgie de Paris*, 1877.
34. — *Archives de tocologie*, 1881.
35. FOURMESTRAUX (DE). — Congrès français de chirurgie, 1923.
36. GAUJA. — Thèse de Bordeaux, 1888-1889.
37. GERNEZ. — *Société de chirurgie de Paris*, 1923.
38. GUILLAUME-LOUIS. — Congrès français de chirurgie, 1923.
39. GUILLIOU. — Thèse de Paris, 1893-1894.
40. HARTMANN. — *Gynécologie opératoire*.
41. — *Gynécologie et obstétrique*, 1921.
42. — Congrès français de chirurgie, 1923.
43. HICQUET. — *Société de chirurgie de Paris*, 1879.
44. HUE. — *Annales de gynécologie*, 1882.
45. JACOBS. — *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*, 1913-1914.
46. — Congrès français de chirurgie, 1896.
47. JANIN. — *Revue médicale, chirurgicale des maladies des femmes*, 1883.
48. JUVARA. — *Presse médicale*, 1910.
49. KRULL. — *Gynécologie*, 1922.
50. LACAZE. — Thèse de Paris, 1890-1891.
51. LAMAND. — Thèse de Lille, 1894-1895.
52. LECLERC. — Congrès français de chirurgie, 1923.

53. LÉO. — Congrès français de chirurgie, 1923.
MASSABUAU. — Voir Forgus et Massabau.
54. MAYER. — Congrès français de chirurgie, 1923.
MURARD. — Voir Combier et Murard.
55. PANAS. — Société de chirurgie de Paris, 1879.
56. PARISOT. — *Revue médicale de l'Est*, Nancy, 1895.
57. PAUCHET. — *La Pratique chirurgicale illustrée*.
58. PETIT-DUTAILLIS. — *Gynécologie*, 1923.
59. PICHEVIN. — *Semaine gynécologique*, 1902.
60. POTOCKI. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1911.
61. RASTOUIL. — Congrès français de chirurgie, 1923.
62. REYNIER. — Congrès français de chirurgie, 1896.
63. RICHELOT. — Congrès français de chirurgie, 1896.
64. ROUSSEL. — Congrès français de chirurgie, 1923.
65. ROUTIER. — Congrès français de chirurgie, 1896.
66. SAVARIAUD. — Congrès français de chirurgie, 1923.
67. SCHICKELÉ. — Congrès français de chirurgie, 1923.
68. SEGOND. — *Gazette des hôpitaux*, 1889.
69. SÉGUINARD. — Thèse de Bordeaux, 1886-1887.
SIREDEY. — Voir J.-L. Faure et Siredey.
70. SOKOLOFF. — *Annales de gynécologie*, 1884.
71. TAFT. — *The national Journal of medical sciences*, 1889.
72. THÉVENARD. — Congrès français de chirurgie, 1923.
73. TILLAUX. — Société de chirurgie de Paris, 1877.
74. VANVERTS. — Congrès français de chirurgie, 1923.
75. VATON. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 1890.
76. VILETTE. — *Bulletin médical du Nord*, Lille, 1891.
77. VIOLET. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1910.
78. WILLEMS. — Congrès français de chirurgie, 1923.
79. WYATT. — *The Journal of obstetric and gynaecology of the British Empire*, 1912.
80. ZANCAROL. — Société de chirurgie, Paris, 1879.

